



**REPÚBLICA DEL ECUADOR**

**UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO**

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**

**FACULTAD DE POSGRADOS**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA  
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:  
MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN  
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

**TEMA:**

Impacto de las intervenciones educativas para la prevención de la  
obesidad en adultos jóvenes de Alluriquín, Santo Domingo (octubre  
2025 - enero 2026).

**Autor:**

Rosas Muñoz Evelyn Fernanda

Toalongo Montoya Flor Rocío

**Tutor:**

Msc. Pedro Aquino Herrera Moya

*Milagro, 2026*

## Derechos de Autor

Sr. Dr.

**Fabrizio Guevara Viejo**

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, **Rosas Muñoz Evelyn Fernanda**, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **Magíster en Salud Pública con Mención en Atención Primaria de Salud**, como aporte a la Línea de Investigación **Atención Primaria de la Salud en el Contexto Familiar y Comunitario** de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

**Milagro, 06 de Julio del 2026**



**Rosas Muñoz Evelyn Fernanda**

**C.I.: 230016004**

## **Derechos de Autor**

**Sr. Dr.**

**Fabricio Guevara Viejó**

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, **Toalongo Montoya Flor Rocio**, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **Magíster en Salud Pública con Mención en Atención Primaria de Salud**, como aporte a la Línea de Investigación **Atención Primaria de la Salud en el Contexto Familiar y Comunitario** de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

**Milagro, 06 de Julio del 2026**



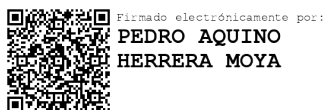
**Toalongo Montoya Flor Rocio**

**C.I.: 0928421791**

## **Aprobación del Tutor del Trabajo de Titulación**

Yo, **Msc. Pedro Aquino Herrera Moya**, en mi calidad de director del trabajo de titulación, elaborado por **Rosas Muñoz Evelyn Fernanda y Toalongo Montoya Flor Rocio**, cuyo tema es: **Impacto de las intervenciones educativas para la prevención de la obesidad en adultos jóvenes de Alluriquín, Santo Domingo (octubre 2025 - enero 2026)**, que aporta a la Línea de Investigación de Atención Primaria de la Salud en el Contexto Familiar y Comunitario, previo a la obtención del Grado **Magíster en Salud Pública con Mención en Atención Primaria de Salud**. Trabajo de titulación que consiste en una propuesta innovadora que contiene, como mínimo, una investigación exploratoria y diagnóstica, base conceptual, conclusiones y fuentes de consulta, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de Informe de Investigación de la Universidad Estatal de Milagro.

**Milagro, 06 de Julio del 2026**



**Msc. Pedro Aquino Herrera Moya**

**C.I.: 0959975186**

## FACULTAD DE POSGRADO

### ACTA DE SUSTENTACIÓN MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

En la Facultad de Posgrado de la Universidad Estatal de Milagro, a los dos días del mes de julio del dos mil veintiseis, siendo las 09:00 horas, de forma PRESENCIAL comparece el/la maestrante, ENF. ROSAS MUÑOZ EVELYN FERNANDA, a defender el Trabajo de Titulación denominado " **IMPACTO DE LAS INTERVENCIONES EDUCATIVAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD EN ADULTOS JÓVENES DE ALLURIQUÍN, SANTO DOMINGO (OCTUBRE 2025 - ENERO 2026).**", ante el Tribunal de Calificación integrado por: JIMÉNEZ SANCHEZ LADY RUTH, Presidente(a), Msc. MEDEROS MOLLINEDA KATIUSKA en calidad de Vocal; y, Mgtrnyd SOLORZANO IBARRA NATHALIA FERNANDA que actúa como Secretario/a.

Una vez defendido el trabajo de titulación; examinado por los integrantes del Tribunal de Calificación, escuchada la defensa y las preguntas formuladas sobre el contenido del mismo al maestrante compareciente, durante el tiempo reglamentario, obtuvo las siguientes calificaciones:

|                       |                  |
|-----------------------|------------------|
| TRABAJO DE TITULACION | 56.33            |
| DEFENSA ORAL          | 32.00            |
| <b>PROMEDIO</b>       | <b>88.33</b>     |
| <b>EQUIVALENTE</b>    | <b>MUY BUENO</b> |

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 10:00 horas.

---

JIMÉNEZ SANCHEZ LADY RUTH  
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL

---

MSC. MEDEROS MOLLINEDA KATIUSKA  
VOCAL

---

MGTRNYD SOLORZANO IBARRA NATHALIA FERNANDA  
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL

---

ROSAS MUÑOZ EVELYN FERNANDA  
MAESTRANTE

## FACULTAD DE POSGRADO

### ACTA DE SUSTENTACIÓN MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

En la Facultad de Posgrado de la Universidad Estatal de Milagro, a los dos días del mes de julio del dos mil veintiseis, siendo las 09:00 horas, de forma VIRTUAL comparece el/la maestrante, Q.F TOALONGO MONTOYA FLOR ROCIO, a defender el Trabajo de Titulación denominado " **IMPACTO DE LAS INTERVENCIONES EDUCATIVAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD EN ADULTOS JÓVENES DE ALLURIQUÍN, SANTO DOMINGO (OCTUBRE 2025 - ENERO 2026).**", ante el Tribunal de Calificación integrado por: JIMÉNEZ SANCHEZ LADY RUTH, Presidente(a), Msc. MEDEROS MOLLINEDA KATIUSKA en calidad de Vocal; y, Mgtrnyd SOLORZANO IBARRA NATHALIA FERNANDA que actúa como Secretario/a.

Una vez defendido el trabajo de titulación; examinado por los integrantes del Tribunal de Calificación, escuchada la defensa y las preguntas formuladas sobre el contenido del mismo al maestrante compareciente, durante el tiempo reglamentario, obtuvo las siguientes calificaciones:

|                       |           |
|-----------------------|-----------|
| TRABAJO DE TITULACION | 56.33     |
| DEFENSA ORAL          | 31.67     |
| PROMEDIO              | 88.00     |
| EQUIVALENTE           | MUY BUENO |

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 10:00 horas.



Firmado electrónicamente por:  
**LADY RUTH  
JIMENEZ SANCHEZ**

JIMÉNEZ SANCHEZ LADY RUTH  
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:  
**KATIUSKA  
MEDEROS MOLLINEDA**

MSC. MEDEROS MOLLINEDA KATIUSKA  
VOCAL



Firmado electrónicamente por:  
**NATHALIA FERNANDA  
SOLORZANO IBARRA**

MGTRNYD SOLORZANO IBARRA NATHALIA FERNANDA  
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:  
**FLOR ROCIO  
TOALONGO MONTOYA**

TOALONGO MONTOYA FLOR ROCIO  
MAESTRANTE

## **Dedicatoria**

Este presente estudio está dedicado, en primer lugar, a mi hijo Theo, mi mayor motivación para seguir adelante. A mi esposo, Bryan Pillco, por su amor, apoyo incondicional y sacrificio, por creer en mí y hacer posible que este sueño se convierta en realidad.

A mis padres, Iván y Cecilia, y a mi hermano Dereck, por su cariño, sus enseñanzas y el aliento constante que me brindaron en cada etapa de este camino. A la memoria de mi querida abuelita, Evelina Alcívar, quien nunca dejó de creer en mi capacidad para alcanzar esta meta.

Con amor y gratitud

Evelyn Rosas

## **Dedicatoria**

Dedicado a mis hijos, Clarissa y Javier, quienes me motivan a superarme y a construir un mejor futuro para nuestra familia. Que este logro académico sea para ustedes un ejemplo de que, con fe en Dios, esfuerzo y dedicación, los sueños pueden hacerse realidad.

A mi esposo, Javier Pepper, por su amor, comprensión y apoyo constante en cada desafío y durante este camino.

A mis padres, Wilson y Rocío, por ser ejemplo de amor, trabajo, esfuerzo y dedicación, valores que han guiado mi vida y me inspiran a ser mejor cada día.

Con amor y gratitud

Flor Toalongo Montoya

## **Agradecimientos**

Expresamos nuestro más sincero agradecimiento a la población de la parroquia Alluriquín por su valiosa participación y colaboración durante el desarrollo de esta investigación. Asimismo, agradecemos al MSc. Pedro Aquino Herrera Moya docente tutor por su acompañamiento, su orientación y guía, fundamentales para la culminación de este trabajo.

De manera especial, agradecemos a nuestras familias por su amor, apoyo incondicional, comprensión y motivación constante, siendo el pilar fundamental que nos impulsó a alcanzar esta importante meta académica y profesional.

Y, por encima de todo, nuestro agradecimiento a Dios, fuente de fortaleza, esperanza y sabiduría, quien con su gracia y bendiciones nos acompañó y sostuvo a lo largo de este camino.

## Resumen

**Introducción:** La obesidad constituye un problema de salud pública debido a su creciente prevalencia y a su asociación con enfermedades crónicas no transmisibles. **Objetivo:** Evaluar la efectividad de una intervención educativa para la prevención de la obesidad en adultos de 20 a 49 años en la parroquia Alluriquín, -Santo Domingo de los Tsáchilas, -con el fin de identificar brechas informativas relevantes, -mediante la aplicación de una encuesta estructurada desde el enfoque de la Atención Primaria en Salud. **Metodología:** Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo y corte transversal. La información se recopiló mediante una encuesta aplicada a los participantes, previo consentimiento informado, para evaluar el nivel de conocimiento, los hábitos de vida, la actividad física y el estado nutricional. **Resultados:** Se identificó una asociación estadísticamente significativa entre el sedentarismo y el índice de masa corporal. El 60,4 % de los participantes con obesidad presentó conductas sedentarias, frente al 24,5 % de quienes tenían un IMC normal. Asimismo, la adopción de hábitos saludables se relacionó con una mayor proporción de IMC normal (24,44 %) y una menor frecuencia de obesidad (35,56 %). Los participantes que no realizaban actividad física moderada presentaron mayor prevalencia de obesidad (54,29 %) en comparación con quienes sí la practicaban (29,63 %). En contraste, el nivel de conocimiento no mostró una asociación estadísticamente significativa con el índice de masa corporal ni con la adopción de hábitos saludables. **Conclusiones:** Se evidenció una elevada prevalencia de sedentarismo y hábitos poco saludables, factores asociados con el exceso de peso. Aunque una parte importante de la población presentó conocimientos insuficientes sobre obesidad, estos no se relacionaron significativamente con el índice de masa corporal, lo que resalta la necesidad de fortalecer estrategias de promoción de la salud orientadas a la adopción de estilos de vida saludables. **Palabras clave:** obesidad, sobrepeso, sedentarismo, hábitos saludables, atención primaria de salud, índice de masa corporal.

## Abstrac

**Introduction:** Obesity is a public health problem due to its increasing prevalence and its association with chronic non-communicable diseases. **Objective:** To evaluate the effectiveness of an educational intervention for obesity prevention among adults aged 20 to 49 years in the Alluriquín parish, Santo Domingo de los Tsáchilas, in order to identify relevant information gaps through the application of a structured survey based on the Primary Health Care approach. **Methodology:** A quantitative, descriptive, cross-sectional study was conducted. Data were collected through a structured survey administered to the participants after obtaining informed consent to assess the level of knowledge, lifestyle habits, physical activity, and nutritional status. **Results:** A statistically significant association was found between sedentary behavior and body mass index. Among participants with obesity, 60.4% exhibited sedentary behavior, compared to 24.5% of those with a normal BMI. Likewise, the adoption of healthy habits was associated with a higher proportion of normal BMI (24.44%) and a lower prevalence of obesity (35.56%). Participants who did not engage in moderate physical activity showed a higher prevalence of obesity (54.29%) than those who did (29.63%). In contrast, the level of knowledge was not significantly associated with body mass index or the adoption of healthy habits. **Conclusions:** A high prevalence of sedentary lifestyles and unhealthy habits was identified, both of which were associated with excess body weight. Although a considerable proportion of the population demonstrated insufficient knowledge about obesity, this was not significantly associated with body mass index, highlighting the need to strengthen health promotion strategies aimed at encouraging the adoption of healthy lifestyles. **Keywords:** obesity, overweight, sedentary behavior, healthy habits, primary health care, body mass index.

## Lista de Figuras

|                                                                                                                                     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1. Distribución por sexo de las personas encuestas en la parroquia Alluriquín                                                | 44 |
| Figura 2. Distribución de la población encuestada según grupo de edad en la parroquia Alluriquín                                    | 45 |
| Figura 3. Nivel educativo de la población encuestada de la parroquia Alluriquín                                                     | 46 |
| Figura 4. Frecuencia de consumo de comida rápida en la población encuestada de la parroquia Alluriquín                              | 47 |
| Figura 5. Frecuencia de consumo de bebidas azucaradas en la población encuestada de la parroquia Alluriquín                         | 48 |
| Figura 6. Frecuencia de consumo de productos ultraprocesados en la población encuestada de la parroquia Alluriquín                  | 49 |
| Figura 7. Frecuencia de consumo de dulces artesanales en la población encuestada de la parroquia Alluriquín                         | 50 |
| Figura 8. Frecuencia de consumo de alcohol en la población encuestada de la parroquia Alluriquín                                    | 51 |
| Figura 9. Frecuencia de consumo de tabaco en la población encuestada de la parroquia Alluriquín                                     | 52 |
| Figura 10. Frecuencia de realización de actividad física moderada en la población encuestada de la parroquia Alluriquín             | 53 |
| Figura 11. Frecuencia de tiempo diario que los participantes permanecen sentados la población encuestada de la parroquia Alluriquín | 54 |
| Figura 12. -Frecuencia de disminución de peso en el último año en la población encuestada de la parroquia Alluriquín. -             | 55 |
| Figura 13. Frecuencia de presencia de hábitos saludables en el último año en la población encuestada de la parroquia Alluriquín.    | 56 |
| Figura 14. Frecuencia de consulta al nutricionista en el último año en la población encuestada de la parroquia Alluriquín.          | 57 |
| Figura 15. Clasificación del Índice de Masa Corporal (IMC) en la población encuestada de la parroquia Alluriquín                    | 58 |
| Figura 16. -Nivel de conocimiento sobre hábitos alimentarios saludables en la población encuestada de la parroquia Alluriquín. -    | 59 |

## Lista de Tablas

|                                                                                                                                           |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabla 1. Operacionalización de las variables.....                                                                                         | 13 |
| Tabla 2. Variables sociodemográficas .....                                                                                                | 15 |
| Tabla 3. Consistencia interna del instrumento por dimensiones .....                                                                       | 40 |
| Tabla 4. Relación entre sedentarismo y clasificación del Índice de Masa Corporal (IMC).....                                               | 60 |
| Tabla 5. Relación entre Hábitos saludables y clasificación del Índice de Masa Corporal (IMC) .....                                        | 61 |
| Tabla 6. Relación entre nivel de conocimiento y consulta con nutricionista .....                                                          | 62 |
| Tabla 7. Relación entre nivel de conocimiento y clasificación del Índice de Masa Corporal (IMC) .....                                     | 63 |
| Tabla 8. Relación entre nivel de conocimiento y Adopción de hábitos saludables como hacer ejercicio o dieta. 63                           |    |
| Tabla 9. Relación entre duración >30 minutos actividad física moderada por sesión y clasificación del Índice de Masa Corporal (IMC) ..... | 64 |
| Tabla 10. Relación entre duración >30 minutos actividad física intensa por sesión y clasificación del Índice de Masa Corporal (IMC) ..... | 65 |

## Índice / Sumario

|                                                                        |      |
|------------------------------------------------------------------------|------|
| Dedicatoria .....                                                      | VII  |
| Dedicatoria .....                                                      | VIII |
| Agradecimientos.....                                                   | IX   |
| Resumen.....                                                           | X    |
| Abstrac .....                                                          | XI   |
| Introducción .....                                                     | 1    |
| 1. CAPÍTULO I: El Problema de la Investigación.....                    | 4    |
| 1.1. Planteamiento del problema .....                                  | 4    |
| 1.1.1. Delimitación del problema .....                                 | 8    |
| 1.1.2. Formulación del problema.....                                   | 8    |
| 1.2. Pregunta de investigación.....                                    | 10   |
| 1.3. Objetivos .....                                                   | 10   |
| 1.3.1. Objetivo general .....                                          | 10   |
| 1.3.2. Objetivos específicos .....                                     | 10   |
| 1.4. Justificación.....                                                | 11   |
| 1.5. Declaración de las variables (Operacionalización) .....           | 13   |
| 2. CAPÍTULO II: Marco Teórico Referencial .....                        | 17   |
| 2.1. Antecedentes Referenciales .....                                  | 17   |
| 2.2. Marco Conceptual .....                                            | 18   |
| 2.3. Marco Teórico .....                                               | 21   |
| 2.3.1. Obesidad: concepto, clasificación, causas y consecuencias ..... | 21   |
| 2.3.2. Índice de Masa Corporal (IMC) adecuado para la salud .....      | 22   |
| 2.3.3. Adultos jóvenes: características y factores de riesgo.....      | 23   |
| 2.3.4. Atención Primaria de Salud (APS) .....                          | 24   |

|         |                                                                               |    |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.3.5.  | Intervenciones educativas en APS.....                                         | 24 |
| 2.3.6.  | Modelo de promoción de Salud de Nola Pender .....                             | 25 |
| 2.3.7.  | Educación para la salud y cambio de comportamiento.....                       | 26 |
| 2.3.8.  | Conocimiento en salud y nutrición como determinante del estado<br>nutricional | 28 |
| 2.3.9.  | Hábitos alimenticios y su relación con la obesidad .....                      | 29 |
| 2.3.10. | Actividad física y sedentarismo en la prevención de la obesidad<br>31         |    |
| 2.3.11. | Hábitos de riesgo: consumo de alcohol y tabaco.....                           | 32 |
| 3.      | CAPÍTULO III: Diseño Metodológico .....                                       | 35 |
| 3.1.    | Tipo y diseño de investigación.....                                           | 35 |
| 3.2.    | La población y la muestra .....                                               | 36 |
| 3.3.    | Los métodos y las técnicas .....                                              | 37 |
| 3.4.    | Procesamiento estadístico de la información .....                             | 41 |
| 4.      | CAPÍTULO IV: Análisis e Interpretación de Resultados .....                    | 43 |
| 5.      | CAPÍTULO V: Conclusiones, Discusión y Recomendaciones.....                    | 66 |
| 6.      | REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....                                               | 71 |
| 7.      | ANEXOS.....                                                                   | 80 |

## Introducción

La obesidad es una enfermedad multifactorial y crónica caracterizada por un desbalance entre la ingesta de calorías y el gasto energético, influenciada por determinantes ambientales, sociales, conductuales y genéticos, destacando el sedentarismo y los hábitos alimenticios inadecuados. Constituye un factor de riesgo considerable para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial, dislipidemia, enfermedades cardiovasculares, y otras comorbilidades asociadas (Espinoza Muñoz, 2024).

En 2022, a nivel mundial, 2.500 millones de adultos (43 %) tenían sobrepeso, de los cuales más de 890 millones (16 %) eran obesos, es decir, uno de cada ocho adultos en todo el mundo, era obeso. (Organización Mundial de la Salud, 2025).

En Estados Unidos, la obesidad en adultos se ha incrementado significativamente, pasando del 13 % en 1960-1962 al 36 % en 2009-2010 (Centers for Disease Control and Prevention, 2013). En Ecuador, la prevalencia de obesidad en adultos afecta al 64, 68% de la población (Vinueza-Veloz, A F., et al, 2023).

En adultos jóvenes este fenómeno tiene especial significancia, fundamentalmente en comunidades rurales en su mayoría, donde los factores socioculturales, económicos y productivos como la elaboración artesanal de dulces pasan a ser determinantes en los hábitos de alimentación del conjunto poblacional. De igual modo, la mayor disponibilidad y menor coste de los alimentos ultraprocesados frente a los alimentos frescos también han impulsado la adopción de hábitos alimenticios inadecuados.

Los alimentos ultraprocesados, debido a sus cantidades elevadas de grasa, sal y azúcar, generan una sensación placentera, agradable y hasta adictiva en sus consumidores, lo que ocasiona que se incluyan en su dieta con mayor frecuencia, además el consumo de forma excesiva de dichos alimentos ocasiona alteración en las hormonas implicadas en el apetito, la digestión y señales de saciedad, lo cual influye en la conducta alimentaria.

Estudios estiman que la obesidad es una epidemia que va en crecimiento, y los pronósticos de entidades como la Federación Mundial de Obesidad y el Instituto para la Métrica y Evaluación de la Salud (IHME), señalan que para el 2035 Más de 4,000 millones de personas podrían tener sobrepeso u obesidad y para 2050 casi el 60 % de los adultos (3.800 millones) y un tercio de los niños sufrirán de sobrepeso u obesidad.

La obesidad y sobrepeso es provocada, en gran medida por el sedentarismo, además las horas de sedestación están relacionadas al aumento de riesgo de muerte por cualquier causa, este riesgo aumenta con la cantidad de horas al día sentado >4-8 horas se asocia con un riesgo del 2%, por cada aumento de 1 hora al día sentado y el riesgo aumenta al 8% cuando el tiempo sentado es >8 horas por día. Se ha estimado que los adultos sentados por 10 horas al día, tienen un 34% más de riesgo de muerte por cualquier causa, aun considerando el ejercicio físico.

El ejercicio físico tanto moderado, como vigoroso contribuyen a la regulación del peso corporal, siendo un determinante principal para prevenir el sobrepeso y obesidad. La OMS recomienda hacer al menos 150 minutos de ejercicio físico moderado, o 75 a 150 minutos de ejercicio físico intenso por semana. Una persona que no alcanza este tiempo de actividad física se considera como inactiva.

Por lo anteriormente expuesto, podemos afirmar que la obesidad constituye una amenaza para la salud pública, a nivel internacional y nacional, por su alta prevalencia y su

efecto en la población, misma que necesita realizar cambios en sus hábitos, especialmente alimenticios, en favor de su salud.

En este contexto, el presente trabajo se fundamenta en los principios de la Atención Primaria en Salud (APS), priorizando la educación, participación comunitaria y prevención como pilares esenciales para mejorar la salud poblacional. Por ello tiene como propósito la promoción de estilos de vida saludables y su impacto en la prevención de la obesidad en adultos de 20 a 49 años de la parroquia Alluriquín, población que, de acuerdo a registros de los centros de salud locales, presenta una elevada prevalencia en el exceso de peso (Dirección Distrital de Salud 23D01 – MSP, 2025).

## **1. CAPÍTULO I: El Problema de la Investigación**

### **1.1.Planteamiento del problema**

La atención primaria en Salud debería construirse en el eje estratégico para prevenir enfermedades crónicas no transmisibles, mediante acciones sistemáticas de promoción de la salud, educación sobre un estilo de vida saludable y la identificación precoz de factores de riesgo en la población adulta, esta serie de medidas que se aplican de manera apropiada pueden ser capaces de disminuir la prevalencia del sobrepeso y la obesidad, mejorar el nivel de vida y reducir el costo económico para los sistemas sanitarios.

No obstante, la realidad actual es distinta de este escenario. La obesidad se constituye como un problema de salud pública, tanto a nivel internacional como nacional. En Ecuador, de acuerdo a los datos disponibles, se muestra una tendencia en el aumento de sobrepeso y obesidad en la población. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT-ECU 2012, evidenciaron que, en adultos de 18 a 59 años, el 22,3% presentaba obesidad y el 39,5% sobrepeso (Pérez et al., 2021).

Posteriormente los datos del estudio ENSANUT-EC 2018, mostraron que la incidencia de sobrepeso y obesidad en adultos fue del 64,68% con mayor prevalencia en mujeres (Vinueza-Veloz, A. F., et al. 2023).

Este incremento sostenido en la prevalencia del sobrepeso y la obesidad, constituye una situación alarmante, reflejando que las estrategias preventivas actuales no están logrando el impacto esperado, especialmente en comunidades vulnerables, donde las limitaciones son más persistentes tanto estructurales como socioculturales que obstaculizan la adopción de estilos de vida saludables y estas podrían estar relacionadas con deficiencias en

el conocimiento y en la percepción de la salud aspectos que son abordados por modelos teóricos de promoción de la salud.

El problema de esta investigación está centrado en determinar el impacto de las acciones de educación y prevención en salud sobre la reducción de la obesidad y sobrepeso en la población adulta en la parroquia Alluriquín. Se evidencia el problema, debido a la persistencia de altos índices de exceso de peso, a pesar de la existencia de lineamientos y estrategias dirigidas a fomentar estilos de vida saludables desde la perspectiva de la Atención Primaria en Salud (APS).

La situación problemática no radica únicamente en plantear políticas públicas o programas preventivos, sino principalmente en la limitada efectividad de su aplicación a nivel comunitario. Sin embargo, en las comunidades vulnerables rurales como Alluriquín existe una brecha entre las políticas de APS y la correcta ejecución de las mismas, limitando así el alcance de las medidas preventivas y de educación para la salud y dificultando generar cambios sostenidos en los conocimientos, actitudes y prácticas vinculadas con la actividad física y la alimentación saludable en la población adulta.

En este escenario, se incrementa el riesgo de desarrollar sobrepeso y obesidad, así como enfermedades crónicas asociadas. Por ello, resulta necesario analizar de manera específica cómo las acciones educativas y preventivas influyen en la reducción de estos problemas, permitiendo identificar oportunidades de mejora en la planificación y ejecución de intervenciones comunitarias más efectivas.

La problemática afecta principalmente a la población adulta joven y económicamente activa, específicamente hombre y mujeres entre 20 a 49 años de la parroquia Alluriquín, con más prevalencia sobre el sexo femenino. De acuerdo a los registros de los centros de salud

entre enero a septiembre de 2025 se identificó una elevada frecuencia de casos de sobrepeso y obesidad en este grupo etario (Dirección Distrital de Salud 23D01 – MSP, 2025).

El problema se desarrolla dentro de una dimensión territorial caracterizado por condiciones socioculturales y económicas que favorecen patrones alimentarios no saludables como consumir dulces artesanales y productos ultraprocesados, sedentarismo y baja participación comunitaria en programas preventivos. Entre las principales causas se identifican la insuficiente educación nutricional, la limitada la actividad física, la escasa formación del personal de salud sobre estrategias educativas y la falta de intervenciones adaptadas al contexto local.

Las consecuencias del problema incluyen un mayor riesgo de desarrollar comorbilidades como enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia, lo que incrementa la morbimortalidad, deteriora la calidad de vida de la población y genera un aumento progresivo de los costos directos/indirectos para el sistema de salud y las familias.

Varios estudios han evidenciado que la obesidad es uno de los factores de riesgo modificables más relevantes en el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, lo que la convierte en una prioridad dentro de las estrategias de salud pública. En este sentido, la Atención Primaria en Salud se posiciona como el nivel de intervención más costo-efectivo para la prevención de esta problemática, al priorizar acciones educativas, comunitarias y de promoción de estilos de vida saludables (Quintero et al., 2020; World Health Organization, 2025).

Sin embargo, informes recientes del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2024) señalan que, especialmente en comunidades vulnerables, persisten limitaciones asociadas a la disponibilidad de recursos, la participación activa de la población y la capacitación del

personal de salud, factores que reducen la efectividad y sostenibilidad de las intervenciones preventivas implementadas.

Esta investigación es relevante por la necesidad de fortalecer la prevención del sobrepeso y la obesidad en una etapa clave del ciclo vital, cuando aún la población puede modificar las conductas y evitar la progresión hacia enfermedades crónicas. Evaluando la efectividad de una intervención educativa basada en Atención Primaria en Salud que generará evidencia local que contribuya a optimizar las estrategias de promoción de la salud, mejorar la eficiencia del uso de recursos sanitarios y reducir los costes vinculados a atender enfermedades prevenibles.

Los beneficios esperados con este trabajo para la población en general son poner en marcha estilos de vida saludable mejorando el conocimiento en nutrición y para el sector de salud el fortalecimiento del rol de la Atención Primaria en Salud en la disminución de incidencias y control de prevalencias de la obesidad.

Se implementarán datos estadísticos que llenarán vacíos de conocimiento al analizar no solo resultados biométricos como cambios en el Índice de Masa Corporal (IMC), sino también aspectos cualitativos relacionados con la adopción de prácticas saludables en la vida diaria de los participantes. Este enfoque permitirá identificar los factores que favorecen o dificultan la efectividad de las acciones educativas implementadas en APS, fortaleciendo el diseño de estrategias preventivas culturalmente pertinentes, replicables y sostenibles.

En particular, se generará evidencia sobre la factibilidad y efectos de intervenciones educativas comunitarias que pueden posteriormente servir de referencia para otros contextos similares, ampliando así la base de conocimientos disponibles para la formulación de políticas públicas y prácticas profesionales orientadas a la reducción del sobrepeso y la obesidad en adultos.

### **1.1.1. Delimitación del problema**

La investigación se llevará a cabo en la parroquia Alluriquín, perteneciente al cantón de Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador. El escenario de estudio será el Centro de Salud de Alluriquín, institución que es responsable de brindar servicios de atención primaria a la población local.

El periodo de ejecución comprenderá desde octubre de 2025 hasta enero de 2026, durante este tiempo se realizará la recolección de información mediante la aplicación de un instrumento estructurado para evaluar el nivel de conocimiento sobre prevención del sobrepeso y la obesidad en adultos, desde el enfoque de la Atención Primaria en Salud. El estudio se desarrollará bajo un diseño no experimental, de tipo descriptivo y de corte transversal.

La población que será intervenida está constituida por adultos jóvenes en el grupo etario de 20 a 49 años, la población total es de 9.231 habitantes, de los cuales 2.633 son mujeres y 4.599 son hombres, según datos locales de 2025 con una población económicamente activa, con alto riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles en grupo etario anteriormente descrito, se registran 2.044 mujeres y 2.017 hombres.

### **1.1.2. Formulación del problema**

La Atención Primaria de Salud (APS) constituye un pilar esencial para la detección temprana de factores de riesgo, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas el sobrepeso y la obesidad. Desde este enfoque, la Atención Primaria en Salud busca fortalecer las capacidades individuales y comunitarias mediante acciones educativas y preventivas orientadas a la adopción de estilos de vida

saludables (World Health Organization, 2025), esta realidad se relaciona con la elevada prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos de 20 a 49 años de la parroquia Alluriquín, considerado económicamente activo y expuesto a múltiples factores de riesgo.

En Ecuador, datos nacionales evidencian que el exceso de peso afecta de manera significativa a los adultos, con mayor impacto en mujeres y en contextos donde confluyen condiciones socioculturales y económicas desfavorables, tales como patrones alimentarios inadecuados, sedentarismo y limitado acceso a información clara y pertinente sobre prevención (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2023; WHO, 2024).

Bajo esta perspectiva, la falta de información suficiente y comprensible sobre los factores de riesgo, las consecuencias del sobrepeso y la obesidad, así como sobre las medidas preventivas disponibles desde la Atención Primaria en Salud, puede constituir una barrera para la adopción de conductas saludables. Estudios recientes señalan que el nivel de conocimiento en salud influye directamente en la toma de decisiones relacionadas con la alimentación, la actividad física y el autocuidado, por lo que su evaluación resulta clave para orientar futuras estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas (PAHO/WHO, 2022).

Por lo expuesto, surge la necesidad de evaluar el nivel de conocimiento sobre la prevención del sobrepeso y la obesidad en adultos de 20 a 49 años de la parroquia Alluriquín, como un paso fundamental para identificar brechas informativas y generar evidencia que permita fortalecer, en el futuro, las acciones educativas y preventivas desde el primer nivel de atención, adaptadas a las características socioculturales de la comunidad.

## **1.2.Pregunta de investigación**

¿Cuál es el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas relacionadas con la prevención de la obesidad en adultos de 20 a 49 años de la parroquia Alluriquín durante el periodo octubre 2025 - enero 2026?

## **1.3.Objetivos**

### **1.3.1. Objetivo general**

Evaluar la efectividad de una intervención educativa para la prevención de la obesidad en adultos de 20 a 49 años en la parroquia Alluriquín, Santo Domingo de los Tsáchilas, con el fin de identificar brechas informativas relevantes, mediante la aplicación de una encuesta estructurada desde el enfoque de la Atención Primaria en Salud.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Identificar el nivel de conocimiento sobre los factores asociados a la prevalencia de sobrepeso y obesidad, -considerando estilos de vida, -mediante la aplicación de una encuesta estructurada. -
- Describir los cambios en el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prevención de la obesidad a través de análisis de resultados de las encuestas.
- Determinar las principales brechas de conocimiento sobre la prevención del sobrepeso y la obesidad en adultos. -

- Diseñar una intervención educativa fundamentada en los principios de Atención Primaria en Salud (APS), -con el fin de promover la adopción de estilos de vida saludables y la concientización sobre los efectos negativos de la obesidad.

#### **1.4. Justificación**

La evaluación del nivel de conocimientos sobre las medidas para la prevención del sobrepeso y la obesidad proporcionadas en intervenciones educativas será determinante para identificar si estas intervenciones han generado cambios significativos en los conocimientos y actitudes de la población, o si aún existen debilidades en los conocimientos recibidos, factores culturales y económicos, que continúen influyendo en la adopción de hábitos alimentarios inadecuados y estilos de vida poco saludables, con el fin de fortalecer conocimientos y lograr beneficios en la salud a través del diseño de intervenciones educativas que concienticen a la población sobre los efectos negativos de la obesidad e incentiven a la adopción de estilos de vida saludables.

La investigación permitirá contrastar los contenidos teóricos impartidos en las intervenciones educativas con los conocimientos y conductas realmente adquiridas por la población por medio de los resultados obtenidos ya que estos contribuirán a identificar los aspectos que requieren ajustes o refuerzos, favoreciendo el diseño de estrategias educativas más efectivas, contextualizadas y acordes a las necesidades reales de la comunidad.

Los resultados aportarán en la formación de los estudiantes del área de la salud ayudándoles a comprender la problemática que enfrentan las comunidades rurales. Además, los hallazgos podrán fortalecer los programas comunitarios generando así beneficio directo a la comunidad rural intervenida aumentando el nivel de conocimiento en nutrición y mejorando los estilos de vida.

Esta investigación está encaminada a obtener resultados concretos y verificables, sobre los conocimientos y conductas adquiridas por la población después de las intervenciones educativas previamente realizadas por parte de la institución que brinda servicios de salud en la comunidad, permitiendo resolver problemas específicos, considerar posibilidades de mejora en las mismas hasta lograr los máximos beneficios para su salud física, estado nutricional y el de su familia.

### 1.5.Declaración de las variables (Operacionalización)

*Tabla 1. Operacionalización de las variables*

| Variable                    | Dimensión                    | Indicador                                             | Técnica/Instrumento                    | Escala/Tipo De Variable                                 |
|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>Hábitos alimentarios</b> | Frecuencia de consumo        | Consumo de alimentos saludables y no saludables       | Cuestionario de frecuencia alimentaria | Sección 4 instrumento de recolección de información     |
| <b>Hábitos de riesgo</b>    | Consumo de alcohol y tabaco. | Frecuencia de consumo                                 | Cuestionario                           | Sección 5 del instrumento de recolección de información |
| <b>Actividad física</b>     | Nivel de actividad física    | Actividad moderada, vigorosa, caminata y sedentarismo | Cuestionario                           | Sección 6 del instrumento de recolección de información |

|                                          |                                                                              |                                                                   |                      |                                                         |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>Estado nutricional</b>                | Peso corporal, talla y circunferencia abdominal                              | Medida en centímetros                                             | Ficha antropométrica | Sección 7 del instrumento de recolección de información |
| <b>Conocimiento en salud y nutrición</b> | Información y comprensión sobre principios básicos de alimentación saludable | Conocimiento sobre alimentación saludable y riesgos del sobrepeso | Cuestionario         | Sección 8 del instrumento de recolección de información |

---

*Fuente:* Elaboración propia

*Tabla 2. Variables sociodemográficas*

| <b>Variable</b>        | <b>Dimensión</b>                           | <b>Indicador</b>        | <b>Técnica/Instrumento</b>    | <b>Escala/Tipo De Variable</b>                          |
|------------------------|--------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>Sexo</b>            | Masculino/Femenino/<br>Prefiere no decirlo | Clasificación biológica | Ficha de datos personales     | Sección 3 del instrumento de recolección de información |
| <b>Edad</b>            | 20/29 años<br>30 /39 años<br>40/49 años    | Edad en años            | Ficha de datos personales     | Sección 3 del instrumento de recolección de información |
| <b>Nivel educativo</b> | Primaria/<br>/Secundaria/<br>Superior      | Grado de instrucción    | Cuestionario sociodemográfico | Sección 3 del instrumento de recolección de información |
| <b>Estado civil</b>    | Soltero/Casado<br>/Unión                   | Situación conyugal      | Cuestionario sociodemográfico | Sección 3 del instrumento de recolección de información |

|                  |                                                                                     |                     |                                  |                                                         |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                  | libre/Divorciado                                                                    |                     |                                  |                                                         |
| <b>Ocupación</b> | Estudiante/<br>Ama de casa/<br>Empleado/<br>Independiente/<br>/Desempleado/<br>Otro | Actividad principal | Cuestionario<br>sociodemográfico | Sección 3 del instrumento de recolección de información |

---

*Fuente:* Elaboración propia

## **2. CAPÍTULO II: Marco Teórico Referencial**

### **2.1. Antecedentes Referenciales**

En lo que respecta al caso de Ecuador, la ENSANUT 2018 pone de manifiesto la necesidad de reforzar las estrategias preventivas desde el primer nivel de intervención, debido a la elevada prevalencia de obesidad en los adultos (INEC, 2018). Además de ello, estudios locales como el de Vinueza et al. (2021) consideran que los hábitos alimentarios de los adultos son poco sanos por lo que se hace necesaria la puesta en marcha de estrategias educativas que se adaptan a las necesidades.

A nivel internacional, existe evidencia sobre la eficacia de las intervenciones educativas en la prevención o el tratamiento de la obesidad. En Canadá, Hodgkinson et al. (2019) mostraron que las intervenciones en educación temprana reducen el riesgo de sobrepeso cuando son implementadas desde la APS.

En México, García-Flores et al. (2022) mostraron mejoras en los conocimientos y prácticas nutricionales de los adultos jóvenes después de un programa educativo intensivo. En Ecuador, Valdés González et al. (2022) informaron que los hábitos alimentarios mejoraron y el exceso de peso disminuyó después de un programa comunitario, pues en este estudio se encontró una relación entre los bajos niveles de conocimiento y el incremento del riesgo de malos hábitos alimentarios y conductas poco saludables en adultos.

## **2.2.Marco Conceptual**

### **Índice de Masa Corporal (IMC)**

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador antropométrico utilizado para evaluar el estado nutricional de las personas, calculado a partir de la relación entre el peso y la talla ( $\text{kg/m}^2$ ). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el IMC permite clasificar a los individuos en bajo peso, normopeso, sobrepeso y obesidad, constituyendo una herramienta útil para identificar riesgos asociados a enfermedades crónicas no transmisibles (OMS, 2020).

### **Sobrepeso y obesidad**

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa corporal que puede ser perjudicial para la salud. La OMS establece que un  $\text{IMC} \geq 25$   $\text{kg/m}^2$  corresponde a sobrepeso y  $\geq 30$   $\text{kg/m}^2$  a obesidad. Estas condiciones se asocian con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, hipertensión arterial y otros trastornos metabólicos (OMS, 2020).

### **Hábitos alimentarios**

Los hábitos alimentarios hacen referencia al conjunto de conductas relacionadas con la selección, preparación y consumo de alimentos, influenciadas por factores culturales, sociales y económicos. Una alimentación saludable se caracteriza por el consumo equilibrado de nutrientes, mientras que hábitos inadecuados, como el alto consumo de alimentos ultraprocesados y bebidas azucaradas, contribuyen al desarrollo de sobrepeso y obesidad (OPS, 2019).

## **Actividad física**

La actividad física se define como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que implica un gasto de energía. Puede clasificarse en moderada e intensa según el nivel de esfuerzo. La práctica regular de actividad física contribuye al mantenimiento del peso corporal, mejora la salud cardiovascular y reduce el riesgo de enfermedades crónicas (OMS, 2020).

## **Sedentarismo**

El sedentarismo se refiere a un nivel insuficiente de actividad física, caracterizado por largos periodos de inactividad, como permanecer sentado o acostado durante gran parte del día. Este comportamiento se asocia con un mayor riesgo de obesidad, enfermedades metabólicas y disminución de la calidad de vida (Tremblay et al., 2017).

## **Nivel de conocimiento en nutrición**

El nivel de conocimiento en nutrición comprende el grado de información que poseen las personas sobre alimentación saludable, nutrientes y prevención de enfermedades relacionadas con la dieta. Un mayor conocimiento nutricional se asocia con mejores elecciones alimentarias y prácticas saludables, aunque no siempre garantiza cambios en el comportamiento (Spronk et al., 2014).

## **Hábitos saludables**

Los hábitos saludables incluyen conductas que favorecen el bienestar físico y mental, tales como una alimentación equilibrada, la práctica regular de actividad física, la adecuada hidratación y el descanso suficiente. La adopción de estos hábitos es fundamental para la prevención del sobrepeso, la obesidad y otras enfermedades crónicas (OMS, 2020).

## **Relación entre hábitos y estado nutricional**

Diversos estudios han demostrado que existe una relación significativa entre los hábitos alimentarios, la actividad física y el estado nutricional. La combinación de una dieta inadecuada y el sedentarismo incrementa el riesgo de sobrepeso y obesidad, mientras que la adopción de estilos de vida saludables contribuye a mantener un IMC adecuado y mejorar la calidad de vida (OMS, 2020).

## **2.3.Marco Teórico**

### **2.3.1. Obesidad: concepto, clasificación, causas y consecuencias**

La obesidad constituye una enfermedad crónica, multifactorial y de creciente impacto en la salud pública mundial. Se caracteriza por un exceso de tejido adiposo que compromete el bienestar y aumenta el riesgo de múltiples patologías. Conforme a los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025), la obesidad se clasifica mediante el Índice de Masa Corporal (IMC), definiéndose como tal, cuando este indicador es igual o superior a  $30 \text{ kg/m}^2$ . Aunque se trata de una definición operacional sencilla, el fenómeno es considerablemente más complejo: su prevalencia ha aumentado de manera sostenida en prácticamente todos los países, impulsada por cambios acelerados en los patrones de alimentación, la actividad física y los estilos de vida contemporáneos (Sharma, 2011).

El origen de la obesidad se explica a partir de una interacción dinámica entre los factores genéticos, conductuales, ambientales y socioculturales. Los hábitos de alimentación inapropiados, el sedentarismo, la elevada exposición a alimentos considerados ultraprocesados y las condiciones del entorno que favorecen el excesivo consumo energético son algunos de los determinantes más relevantes. Existen evidencias científicas que demuestran que la frecuencia de ingesta de comida rápida, de bebidas azucaradas, así como de alimentos que tienen un elevado contenido en grasas y azúcares, se relacionan directamente con el aumento de peso (Moreira Ximenes et al., 2020).

Esta situación también favorece el desarrollo de diabetes tipo 2, hipertensión, enfermedades cardiovasculares y numerosas alteraciones metabólicas, constituyendo así un escenario de riesgo alto para la calidad de vida (Hodgkinson et al., 2019).

### 2.3.2. Índice de Masa Corporal (IMC) adecuado para la salud

El Índice de Masa Corporal (IMC) es un indicador ampliamente utilizado para estimar el estado nutricional de una persona a partir de la relación entre su peso y estatura. Se obtiene mediante la división del peso corporal en kilogramos para la talla en metros elevada al cuadrado ( $\text{kg/m}^2$ ). Este índice permite clasificar a los individuos en diferentes categorías: bajo peso ( $\text{IMC} < 18,5 \text{ kg/m}^2$ ), normopeso ( $18,5\text{--}24,9 \text{ kg/m}^2$ ), sobrepeso ( $25\text{--}29,9 \text{ kg/m}^2$ ) y obesidad ( $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ ).

El IMC destaca por su facilidad de aplicación, bajo costo y utilidad en contextos clínicos y epidemiológicos, siendo una herramienta eficaz para la evaluación inicial del estado de salud tanto a nivel individual como poblacional (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2024; Dwyer et al., 2015). Mantener un IMC dentro de los rangos saludables se ha asociado con una menor probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas. Estudios muestran que tener un IMC elevado especialmente en el rango de sobrepeso u obesidad incrementa el riesgo de problemas como hipertensión arterial, diabetes tipo 2 y enfermedades cardiovasculares, que son causas frecuentes de morbilidad y mortalidad en todo el mundo (Centers for Disease Control and Prevention, 2024).

Además de su función en la identificación de riesgos, el IMC es valioso como herramienta de vigilancia en salud pública, ya que permite evaluar tendencias a lo largo del tiempo y orientar políticas de promoción de vida saludable. Su uso en programas comunitarios y clínicas de atención primaria facilita la detección temprana de posibles desequilibrios en el peso corporal, lo que permite intervenir con educación nutricional, apoyo para la actividad física y seguimiento clínico adecuado (Centers for Disease Control and Prevention, 2024).

Sin embargo, es importante reconocer que el IMC no mide directamente la composición corporal ni distingue entre masa muscular y grasa. Por ello, aunque un IMC alto puede sugerir un exceso de peso, no siempre refleja con precisión la cantidad de grasa corporal o su distribución, especialmente en personas musculosas o en distintos grupos etarios. Por esta razón, muchos expertos recomiendan complementar el IMC con otras evaluaciones como la circunferencia de cintura o pruebas de composición corporal para obtener una visión más completa de la salud. (Schlosser Montes, K et al., 2025).

A pesar de estas limitaciones, mantener un IMC dentro de los rangos saludables sigue siendo una meta importante para el bienestar general. Un peso equilibrado, según los valores de referencia del IMC, está asociado con mejor control de los niveles de glucosa y lípidos en sangre, menor carga sobre el sistema cardiovascular y reducción de factores de riesgo metabólicos. Además, favorecer un peso saludable puede mejorar la movilidad, la autoestima y la calidad de vida en general, aspectos que son beneficios significativos para las personas y comunidades (Centers for Disease Control and Prevention, 2024).

### **2.3.3. Adultos jóvenes: características y factores de riesgo**

El periodo de adultez joven que se extiende desde los 18 hasta los 35 aproximadamente, supone una transición hacia la autonomía laboral, económica y social. Este periodo suele estar asociado a cambios importantes en los hábitos de la vida diaria tales como la irregularidad de los horarios de las comidas, la disminución del tiempo destinado para cocinar o la reducción de la práctica de actividad física. La suma de estos cambios contribuye a una mayor predisposición a alcanzar sobrepeso y obesidad (García-Flores et al., 2022).

Además, durante esta etapa se consolidan comportamientos que frecuentemente se mantienen durante la adultez media, -de modo que intervenir oportunamente puede tener un impacto preventivo más sólido y duradero (Sharma, 2011). -En contextos como Alluriquín, -

donde confluyen jornadas laborales demandantes combinadas con el sedentarismo y una oferta alimentaria heterogénea pero no siempre saludable, -estos factores pueden intensificarse y contribuir al desarrollo temprano de enfermedades crónicas. -

#### **2.3.4. Atención Primaria de Salud (APS)**

La Atención Primaria de Salud (APS) es la principal vía para conseguir el acceso equitativo y continuo a los servicios de salud. Se establece como el primer punto de acceso entre la población y el sistema de salud y persigue ofrecer simultáneamente atención integral, preventivo y que esté basado en las necesidades reales de la población. Su componente comunitario y de proximidad la convierte en un espacio especialmente pertinente para abordar problemáticas como el sobrepeso y la obesidad.

Desde el campo de la APS se promueven las estrategias educativas, la consejería individual, la realización de actividades grupales y el seguimiento a largo plazo, aspectos fundamentales de los cambios que hay que hacer en los hábitos y la disminución de los factores de riesgo (Moreira Ximenes et al., 2020).

La atención primaria en salud en sitios como la parroquia Alluriquín es una variable clave tanto que constituye el mecanismo para la elaboración e implementación de programas acordes a las características sociales y culturales de la comunidad, lo que ayuda a tener intervenciones más adecuadas y eficaces.

#### **2.3.5. Intervenciones educativas en APS**

Las intervenciones educativas representan un recurso fundamental dentro del marco de la APS para promover la salud y prevenir enfermedades crónicas. Estas intervenciones comprenden un conjunto de actividades planificadas tales como talleres, charlas, consejería

nutricional, elaboración de materiales didácticos y técnicas participativas orientadas a fortalecer los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con hábitos saludables.

La evidencia científica avala su efectividad. Así, diversos estudios muestran que las intervenciones educativas realizadas desde el primer nivel de atención generan mejoras positivas relativas al conocimiento nutricional, fomentan dietas más equilibradas, estimulan la actividad física y contribuyen a la mejora de indicadores antropométricos como el IMC y la circunferencia abdominal (García-Flores et al., 2022). Su versatilidad permite ajustarlas a diferentes contextos sociales y culturales lo que las hace adecuadas para comunidades rurales y urbanas.

En este sentido, la puesta en marcha de intervenciones educativas en comunidades como Alluriquín es una oportunidad real de afianzar la prevención de la obesidad y mejorar los patrones de salud en la población de adultos jóvenes.

### **2.3.6. Modelo de promoción de Salud de Nola Pender**

El Modelo de Promoción de la Salud desarrollado por Nola J. Pender constituye un referente teórico fundamental para comprender los comportamientos orientados al bienestar. Este modelo plantea que las conductas relacionadas con la salud no son producto del azar, sino que están determinadas por la interacción de factores personales, experiencias previas y cogniciones específicas, tales como percepciones, creencias y expectativas. En este sentido, se reconoce que los individuos participan activamente en la regulación de su propia salud, tomando decisiones influenciadas por su contexto y nivel de conocimiento (Pender et al., 2011).

Desde esta perspectiva, la educación en salud adquiere un papel estratégico, ya que favorece la modificación de conductas mediante el fortalecimiento de capacidades cognitivas

y motivacionales. Así, la adquisición de conocimientos adecuados contribuye a la adopción de estilos de vida saludables, orientados a la prevención de enfermedades.

En relación con la presente investigación, este modelo permite sustentar la importancia del conocimiento como un factor determinante en la adopción de hábitos saludables, especialmente en lo que respecta a la alimentación y la actividad física. De esta manera, se establece una base teórica que explica la relación entre el nivel de conocimiento y la prevención del sobrepeso y la obesidad.

### **2.3.7. Educación para la salud y cambio de comportamiento**

La educación para la salud constituye una de las estrategias fundamentales dentro de la Atención Primaria de Salud (APS), orientada a promover estilos de vida saludables y prevenir enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas el sobrepeso y la obesidad. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la educación para la salud es un proceso que permite a las personas incrementar el control sobre los determinantes de su salud, mediante el fortalecimiento de conocimientos, habilidades y actitudes que favorecen decisiones saludables en la vida cotidiana (OMS, 2010).

Desde esta perspectiva, la educación para la salud no se limita a la transmisión de información, sino que busca generar cambios sostenibles en el comportamiento, promoviendo la reflexión crítica, la participación activa y la responsabilidad individual y colectiva frente al cuidado de la salud. En realidad, diversos estudios coinciden en que el conocimiento, cuando se acompaña de estrategias pedagógicas adecuadas, puede influir positivamente en la adopción de hábitos saludables relacionados con la alimentación, la actividad física y la reducción de conductas de riesgo (Nutbeam, 2008).

En el ámbito de la prevención primaria, la educación para la salud se consolida como una herramienta clave para evitar la aparición de enfermedades antes de que estas se manifiesten clínicamente. En el caso de la obesidad, las intervenciones educativas permiten abordar factores modificables como los hábitos alimenticios inadecuados, el sedentarismo y el consumo de sustancias nocivas, contribuyendo a disminuir la incidencia de esta condición y sus complicaciones asociadas (OMS, 2021). Vale aclarar que la prevención primaria resulta más accesible que el tratamiento, especialmente en contextos comunitarios y poblaciones adultas.

Asimismo, la educación para la salud se encuentra estrechamente vinculada con los conceptos de empoderamiento y autocuidado. El empoderamiento en salud implica que las personas desarrollen la capacidad de tomar decisiones informadas y asumir un rol activo en la gestión de su bienestar. En este sentido, el autocuidado se fortalece cuando los individuos comprenden los beneficios de una alimentación equilibrada, la práctica regular de actividad física y la reducción de hábitos de riesgo, lo que favorece la adherencia a conductas saludables a largo plazo (Bandura, 2004).

La Atención Primaria de Salud representa el escenario ideal para el desarrollo de intervenciones educativas, debido a su cercanía con la comunidad, su enfoque preventivo y su carácter integral. La APS permite identificar necesidades específicas de la población, adaptar los mensajes educativos al contexto sociocultural y fomentar la participación comunitaria. Según la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las acciones educativas implementadas desde la APS contribuyen de manera significativa a mejorar los conocimientos en salud y a modificar conductas relacionadas con enfermedades crónicas, reforzando así el enfoque de promoción de la salud y prevención de la obesidad (OPS, 2018).

En consecuencia, una intervención educativa basada en la Atención Primaria de Salud se sustenta teóricamente como una estrategia eficaz para generar cambios en el comportamiento, mejorar el conocimiento en salud y promover estilos de vida saludables en la población adulta, lo que justifica su aplicación en el presente estudio.

### **2.3.8. Conocimiento en salud y nutrición como determinante del estado nutricional**

El conocimiento en salud se define como el conjunto de saberes, comprensiones y habilidades que permiten a las personas interpretar información relacionada con su bienestar y tomar decisiones informadas respecto a su cuidado. En el ámbito nutricional, este conocimiento resulta fundamental, ya que influye directamente en la manera en que los individuos seleccionan los alimentos, regulan las porciones y adoptan prácticas alimentarias orientadas a la prevención del sobrepeso y la obesidad (Nutbeam, 2008).

El conocimiento nutricional constituye un determinante clave del estado nutricional, dado que condiciona la capacidad de las personas para identificar opciones alimentarias saludables y comprender el impacto de su dieta sobre la salud. En realidad, una adecuada comprensión de los grupos de alimentos, el valor nutricional y las recomendaciones de dietas facilita una selección más consciente de los alimentos, priorizando el consumo de frutas, verduras y grasas saludables, y reduciendo la ingesta de productos ultraprocesados y bebidas azucaradas (Spronk et al., 2014).

Asimismo, el conocimiento en nutrición influye de manera significativa en el tamaño de las porciones consumidas. Diversos estudios señalan que las personas con mayor nivel de conocimiento nutricional tienden a regular mejor las cantidades de alimentos ingeridos, evitando el consumo excesivo de calorías y grasas. Vale aclarar que el desconocimiento sobre porciones adecuadas constituye uno de los factores asociados al aumento de peso en la

población adulta, especialmente en contextos donde predominan hábitos alimentarios poco saludables (Wansink & Chandon, 2014).

Desde la perspectiva de la prevención del sobrepeso, el conocimiento en salud y nutrición actúa como un factor protector. Comprender las consecuencias del exceso de peso, así como los beneficios de una alimentación equilibrada y la actividad física regular, favorece la adopción de conductas preventivas y el mantenimiento de un peso corporal adecuado. En este sentido, la educación nutricional se reconoce como una estrategia eficaz para reducir factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles (OMS, 2020).

### **2.3.9. Hábitos alimenticios y su relación con la obesidad**

Los hábitos alimenticios se definen como el conjunto de conductas y prácticas relacionadas con la selección, preparación y consumo de alimentos que una persona adopta de manera habitual a lo largo del tiempo. Estos hábitos están influenciados por factores culturales, sociales, económicos y educativos, y desempeñan un papel determinante en el estado nutricional y en la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, como la obesidad (FAO, 2016).

En la población adulta, los hábitos alimentarios inadecuados se caracterizan principalmente por un bajo consumo de frutas y verduras, una elevada ingesta de grasas saturadas, azúcares añadidos y alimentos ultraprocesados, así como por el consumo frecuente de bebidas azucaradas. Estas prácticas alimentarias se asocian con un balance energético positivo sostenido, que favorece el aumento de peso y el desarrollo de obesidad (OMS, 2021).

La dieta mediterránea ha sido ampliamente reconocida como un modelo alimentario protector frente a la obesidad y otras enfermedades metabólicas. Este patrón dietético se caracteriza por un alto consumo de frutas, verduras, legumbres, cereales integrales y aceite de oliva como principal fuente de grasa, un consumo moderado de pescado y bajo consumo de carnes rojas y productos ultraprocesados. La evidencia científica reciente señala que una mayor adherencia a la dieta mediterránea se asocia con menor índice de masa corporal, reducción de la grasa abdominal y mejor perfil metabólico en adultos (Dinu et al., 2018; Martínez-González et al., 2019).

Por otro lado, el consumo elevado de bebidas azucaradas y alimentos ultraprocesados constituye uno de los principales factores dietéticos asociados al incremento de la obesidad en la población adulta. Estos productos presentan alta densidad calórica, bajo valor nutricional y escaso poder de saciedad, lo que favorece un consumo excesivo de calorías. Estudios recientes evidencian que el consumo regular de bebidas azucaradas se asocia con mayor aumento de peso y mayor riesgo de obesidad, independientemente de otros factores de estilo de vida (Malik & Hu, 2022).

Asimismo, los alimentos ultraprocesados, definidos por su alto contenido de azúcares, grasas poco saludables y aditivos, se han vinculado con un mayor riesgo de obesidad y alteraciones metabólicas. Investigaciones en población adulta han demostrado que una mayor proporción de ultraprocesados en la dieta se asocia significativamente con mayor índice de masa corporal y mayor prevalencia de obesidad (Pagliai et al., 2021; Monteiro et al., 2019).

En conjunto, la evidencia científica respalda que la adopción de hábitos alimenticios saludables, especialmente aquellos alineados con la dieta mediterránea, contribuye de manera significativa a la prevención del sobrepeso y la obesidad en adultos. En este

contexto, la evaluación de los hábitos alimentarios mediante un cuestionario estructurado permite identificar conductas modificables y valorar el impacto de intervenciones educativas basadas en la Atención Primaria de Salud, lo que refuerza su relevancia dentro del presente estudio.

### **2.3.10. Actividad física y sedentarismo en la prevención de la obesidad**

La actividad física es reconocida como uno de los principales determinantes del estado de salud y un componente esencial en la prevención del sobrepeso y la obesidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que requiere gasto de energía, incluyendo actividades realizadas durante el trabajo, el transporte, las tareas domésticas y el tiempo libre (OMS, 2020).

Según las recomendaciones actuales de la OMS, los adultos deben realizar al menos entre 150 y 300 minutos semanales de actividad física aeróbica de intensidad moderada, o bien entre 75 y 150 minutos de actividad vigorosa, o una combinación equivalente de ambas intensidades, con el fin de obtener beneficios significativos para la salud y reducir el riesgo de enfermedades crónicas, incluida la obesidad (OMS, 2020). Estas recomendaciones constituyen un referente fundamental para la evaluación del nivel de actividad física en estudios poblacionales.

La actividad física moderada se caracteriza por incrementar de manera perceptible la frecuencia cardíaca y la respiración, como ocurre al caminar a paso rápido o realizar tareas domésticas intensas, mientras que la actividad física vigorosa implica un mayor esfuerzo físico, provocando un aumento considerable de la frecuencia cardíaca y respiratoria, como correr o practicar deportes intensos. Esta diferenciación resulta relevante, ya que ambas

intensidades contribuyen a la regulación del peso corporal, aunque la actividad vigorosa genera un mayor gasto energético en menor tiempo (Bull et al., 2020).

Por otro lado, el sedentarismo ha sido identificado como un factor de riesgo independiente, distinto de la falta de actividad física. Se refiere al tiempo prolongado dedicado a actividades de bajo gasto energético, como estar sentado o acostado durante largos periodos. Estudios recientes han demostrado que el sedentarismo se asocia con un mayor riesgo de obesidad, alteraciones metabólicas y mortalidad, incluso en personas que cumplen parcialmente con las recomendaciones de actividad física, lo que resalta la importancia de reducir el tiempo sedentario de forma sistemática (Ekelund et al., 2019).

La práctica regular de actividad física aporta múltiples beneficios metabólicos, entre los que se incluyen la mejora de la sensibilidad a la insulina, el aumento del gasto energético, la regulación del metabolismo lipídico y la reducción de la grasa corporal. Asimismo, la actividad física contribuye al mantenimiento de la masa muscular y al equilibrio energético, factores clave para la prevención y el control de la obesidad en la población adulta (Piercy et al., 2018; Swift et al., 2021).

#### **2.3.11. Hábitos de riesgo: consumo de alcohol y tabaco**

Los hábitos de riesgo, particularmente el consumo de alcohol y tabaco, constituyen factores relevantes en el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles y se asocian de manera directa e indirecta con el aumento de peso y la obesidad en la población adulta. Estas conductas suelen coexistir con otros estilos de vida poco saludables, como el sedentarismo y una alimentación inadecuada, lo que incrementa su impacto negativo sobre el estado nutricional (OMS, 2022).

El consumo de alcohol se ha identificado como un factor asociado al aumento de peso debido a su elevado aporte calórico y a su influencia sobre el metabolismo energético. Las bebidas alcohólicas aportan calorías vacías que no generan saciedad y favorecen un balance energético positivo. Además, el alcohol puede estimular el apetito y reducir el control sobre la ingesta alimentaria, promoviendo el consumo excesivo de alimentos de alta densidad calórica. Estudios recientes evidencian que un consumo regular o excesivo de alcohol se asocia con mayor índice de masa corporal y mayor riesgo de obesidad abdominal en adultos (Traversy & Chaput, 2015; Sayon-Orea et al., 2021).

Por su parte, el consumo de tabaco, aunque tradicionalmente se ha asociado con menor peso corporal, presenta una relación compleja con la obesidad y el metabolismo. La evidencia actual indica que el tabaquismo se vincula con una mayor acumulación de grasa visceral y con alteraciones metabólicas que incrementan el riesgo cardiovascular. Asimismo, el abandono del tabaco sin un adecuado acompañamiento en estilos de vida saludables puede favorecer el aumento de peso, lo que refuerza la necesidad de intervenciones integrales desde el sistema de salud (Chiolero et al., 2017; Aubin et al., 2021).

Tanto el alcohol como el tabaco se relacionan con alteraciones metabólicas significativas, entre las que destacan la resistencia a la insulina, la dislipidemia y el aumento de la inflamación sistémica. Estas alteraciones contribuyen al desarrollo del síndrome metabólico y potencian los efectos negativos del sobrepeso y la obesidad sobre la salud. Investigaciones recientes señalan que la combinación de consumo de alcohol, tabaquismo y obesidad incrementa de manera sustancial el riesgo de diabetes tipo 2 y enfermedades cardiovasculares (Rehm et al., 2021).

En este contexto, la detección temprana de los hábitos de riesgo desde la Atención Primaria de Salud (APS) resulta fundamental. La APS, por su accesibilidad y enfoque

preventivo, permite identificar oportunamente patrones de consumo de alcohol y tabaco, así como brindar consejería y educación para la adopción de estilos de vida saludables. La Organización Mundial de la Salud destaca que la identificación precoz del consumo de sustancias y la intervención breve desde los servicios de primer nivel contribuyen a reducir el riesgo de complicaciones metabólicas y a mejorar los resultados en salud a largo plazo (OMS, 2020).

### **3. CAPÍTULO III: Diseño Metodológico**

#### **3.1. Tipo y diseño de investigación**

El presente estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, debido a que se realizó la recolección y análisis de datos numéricos con el propósito de conocer el nivel de conocimientos que posee la población acerca de la obesidad, así como identificar hábitos alimentarios, nivel de actividad física y otros factores relacionados con esta condición.

La investigación tiene un alcance descriptivo, ya que busca caracterizar las principales variables asociadas al sobrepeso y la obesidad en la población estudiada, permitiendo obtener una visión general de los conocimientos y prácticas relacionadas con la prevención de esta problemática de salud.

Asimismo, el estudio presenta un diseño de corte transversal, debido a que la información fue recolectada en un solo momento mediante la aplicación de un cuestionario estructurado dirigido a adultos de 20 a 49 años de la parroquia Alluriquín.

El enfoque cuantitativo permitió organizar, analizar e interpretar la información obtenida, facilitando la presentación de los resultados a través de tablas y gráficos que permiten comprender de mejor manera las características de la población y los factores relacionados con la obesidad.

Finalmente, la recolección de datos se realizó a partir de fuentes primarias, ya que la información fue obtenida directamente de los participantes mediante la aplicación de encuestas a las personas que cumplían con los criterios de inclusión establecidos para el estudio.

### **3.2.La población y la muestra**

El lugar de estudio es la parroquia de San José de Alluriquín, se encuentra en el centro-oeste de Ecuador, en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, a unos 35 km de la ciudad de Santo Domingo, a lo largo de la vía Alóag - Santo Domingo, siendo conocida como "la parroquia más dulce" por la elaboración de sus dulces artesanales y tradicionales que constituyen una de las principales actividades económicas de la zona.

De acuerdo con los datos poblacionales disponibles, la parroquia cuenta con 9.321 habitantes, de los cuales 2.633 corresponden al sexo femenino y 4.599 al sexo masculino. Para el presente estudio se consideró la población comprendida entre 20 y 49 años de edad, grupo etario que corresponde en gran medida a la población económicamente activa. Dentro de este rango de edad se registran 2.044 mujeres y 2.017 hombres, lo que representa un total de 4.061 individuos, constituyendo así la población de referencia para la investigación.

La muestra del estudio estuvo conformada por personas pertenecientes a este grupo etario. Para su determinación se utilizó una fórmula de cálculo de tamaño de muestra para poblaciones finitas, considerando un nivel de confianza del 95%, un margen de error del 5% y una proporción esperada del 50%, obteniéndose como resultado una muestra aproximada de 351 participantes.

Si bien el tamaño de muestra estimado fue de 351 participantes, durante el proceso de recolección de información se obtuvieron 97 encuestas completas y 3 personas que decidieron no participar en el estudio, las cuales constituyen la muestra final del estudio. Esta reducción se debió principalmente a las condiciones geográficas y sociales de la parroquia San José de Alluriquín, la cual presenta características de zona rural con sectores de difícil acceso, lo que limitó el contacto con una mayor cantidad de participantes. Estas condiciones influyeron en el número de encuestas obtenidas dentro del tiempo establecido para la investigación.

A pesar de estas limitaciones, la información recolectada permitió obtener una aproximación al nivel de conocimientos y a los hábitos relacionados con la obesidad en la población estudiada, proporcionando datos relevantes para el análisis de la problemática en el contexto local.

La selección de los participantes se realizó mediante muestreo n probabilístico, con el propósito de garantizar la representatividad de la población y la confiabilidad de los resultados obtenidos.

**Criterios de inclusión:**

- Personas residentes en la parroquia San José de Alluriquín.
- Hombres y mujeres con edades comprendidas entre 20 y 49 años.
- Personas que aceptaron participar voluntariamente en el estudio y respondieron la encuesta.

**Criterios de exclusión:**

- Mujeres embarazadas, debido a los cambios fisiológicos y antropométricos propios del embarazo que podrían influir en la interpretación de algunas variables relacionadas con el estado nutricional.
- Personas que no completaron la encuesta en su totalidad.

**3.3.Los métodos y las técnicas**

Para la recolección de la información en la presente investigación se empleó la técnica de la encuesta, la cual permite obtener datos de manera directa, estructurada y cuantificable sobre las variables objeto de estudio. Esta técnica facilitó la recopilación de información

relacionada con el nivel de conocimientos de la población acerca de la obesidad, así como con los hábitos alimentarios, la actividad física y otros factores asociados al estilo de vida.

La encuesta fue aplicada a personas de 20 a 49 años de edad residentes en la parroquia San José de Alluriquín, quienes conforman la población objetivo del estudio. El instrumento utilizado consistió en un cuestionario estructurado, integrado por preguntas cerradas que permitieron recolectar información sociodemográfica y datos relacionados con conocimientos sobre obesidad, hábitos alimentarios y prácticas de actividad física.

Para la recolección de la información se utilizó un cuestionario estructurado, elaborado con el propósito de obtener datos relacionados con las variables del estudio. El instrumento estuvo conformado por 42 preguntas, organizadas en diferentes secciones que permitieron recopilar información sociodemográfica, así como datos sobre hábitos alimentarios, hábitos de riesgo, actividad física, estado nutricional y conocimientos en salud y nutrición relacionados con la obesidad.

El cuestionario fue aplicado mediante la plataforma digital Google Forms, herramienta que facilitó la distribución del instrumento y la recopilación de las respuestas de los participantes de manera organizada. Esta modalidad permitió registrar y almacenar automáticamente la información obtenida, lo que facilitó posteriormente su tabulación y análisis.

El instrumento se estructuró en las siguientes secciones:

- Sección 1. Descripción del cuestionario: En esta sección se describió el nombre del cuestionario y su objetivo.

- Sección 2. Consentimiento informado: -en esta parte se informó a los participantes sobre el objetivo del estudio y se solicitó su aceptación voluntaria para participar en la investigación. -
- Sección 3. Variables sociodemográficas: -incluyó preguntas relacionadas con características generales de los participantes, -como sexo, edad y nivel educativo.
- Sección 4. Hábitos alimentarios: -comprendió preguntas orientadas a identificar la frecuencia de consumo de diferentes tipos de alimentos y bebidas. -
- Sección 5. Hábitos de riesgo: -incluyó preguntas relacionadas con conductas que pueden influir en el desarrollo de sobrepeso y obesidad, -como el consumo de alcohol y tabaco. -
- Sección 6. Actividad física: contempló preguntas destinadas a conocer la frecuencia y duración de la actividad física realizada por los participantes.
- Sección 7. Estado nutricional: -incluyó variables relacionadas con el peso y la talla de los participantes, -utilizadas posteriormente para determinar el índice de masa corporal. -
- Sección 8. Conocimientos en salud y nutrición: -estuvo orientada a evaluar el nivel de conocimientos de los participantes sobre aspectos relacionados con la obesidad, -la alimentación saludable y la prevención de esta condición. -
- Sección 9. Despedida y agradecimiento

El instrumento fue previamente revisado por 2 expertos en el área de salud, quienes evaluaron la claridad, pertinencia y coherencia de las preguntas, con el fin de asegurar que los ítems incluidos permitieran medir adecuadamente las variables establecidas en la investigación.

Para evaluar la confiabilidad del instrumento se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach, aplicado a cada una de las dimensiones del cuestionario. El análisis de la confiabilidad del instrumento se realizó por dimensiones y no de manera global, debido a que el cuestionario está conformado por secciones que evalúan constructos diferentes, tales como hábitos alimentarios, actividad física, estado nutricional y conocimientos.

Cada una de estas dimensiones mide aspectos específicos e independientes del comportamiento y estado de salud de los participantes, por lo que no constituyen una escala unidimensional. En este sentido, el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach por secciones permite obtener una estimación más precisa de la consistencia interna dentro de cada constructo evaluado, evitando sesgos derivados de la heterogeneidad del instrumento en su conjunto.

*Tabla 3. Consistencia interna del instrumento por dimensiones*

| <b>Dimensión</b>               | <b>Número de ítems</b> | <b>Alfa de Cronbach</b> | <b>Interpretación</b>         |
|--------------------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------------|
| Frecuencia alimentaria (total) | 12                     | 0.60                    | Consistencia interna moderada |
| Alimentos saludables           | 6                      | 0.60                    | Consistencia interna moderada |
| Alimentos no saludables        | 6                      | 0.80                    | Buena consistencia interna    |
| Actividad física               | 5                      | 0.84                    | Alta consistencia interna     |

| Dimensión     | Número de ítems | Alfa de Cronbach | Interpretación                |
|---------------|-----------------|------------------|-------------------------------|
| Conocimientos | 9               | 0.57             | Consistencia interna moderada |

**Fuente:** Elaboración propia

La dimensión de frecuencia alimentaria presentó un alfa de Cronbach de 0.60, indicando una consistencia interna moderada. Al analizar esta dimensión por subescalas, los alimentos saludables mostraron un alfa de 0.60, mientras que los alimentos no saludables alcanzaron un alfa de 0.80, evidenciando una mejor consistencia interna en este último grupo.

En la dimensión de actividad física, conformada por cinco ítems relacionados con frecuencia, duración e intensidad, se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.84, lo que indica una alta consistencia interna del instrumento en esta sección.

Por su parte, la dimensión de conocimientos presentó un alfa de Cronbach de 0.57, lo que corresponde a una consistencia interna moderada. Este resultado puede explicarse por la variabilidad en el nivel de dificultad de los ítems incluidos en la evaluación.

Las variables correspondientes al estado nutricional fueron analizadas mediante estadística descriptiva, debido a que no constituyen una escala, sino variables clínicas independientes como peso, talla, índice de masa corporal y circunferencia abdominal.

### 3.4. Procesamiento estadístico de la información

Los datos recolectados correspondientes a las variables del estudio fueron inicialmente tabulados en hojas de cálculo del programa Microsoft Excel. Posteriormente, la base de

datos fue exportada al programa Epi Info, donde la información fue organizada, analizada e interpretada mediante el uso de estadística descriptiva e inferencial, con el propósito de identificar las características y relaciones presentes en la población estudiada. Para el análisis inferencial, se aplicaron pruebas de asociación como el chi-cuadrado ( $\chi^2$ ), Valor de p-value y se calcularon medidas de fuerza de asociación mediante el odds ratio (OR) con sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Los resultados obtenidos se presentan de manera estructurada a través de tablas y gráficos, lo que facilita su comprensión e interpretación.

#### **4. CAPÍTULO IV: Análisis e Interpretación de Resultados**

En el presente capítulo se exponen los resultados obtenidos a partir del análisis de la información recolectada mediante la aplicación de la encuesta dirigida a adultos de 20 a 49 años de la parroquia Alluriquín. Inicialmente, los datos fueron organizados en una base en Microsoft Excel; posteriormente, dicha base fue exportada y procesada en el programa Epi Info, donde se realizó el análisis estadístico, empleando principalmente estadística descriptiva para la organización, presentación e interpretación de la información. Asimismo, se aplicaron pruebas de asociación como el chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) y p-value. En tablas solamente de dos categorías se calcularon además medidas de fuerza de asociación mediante el odds ratio (OR) con sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

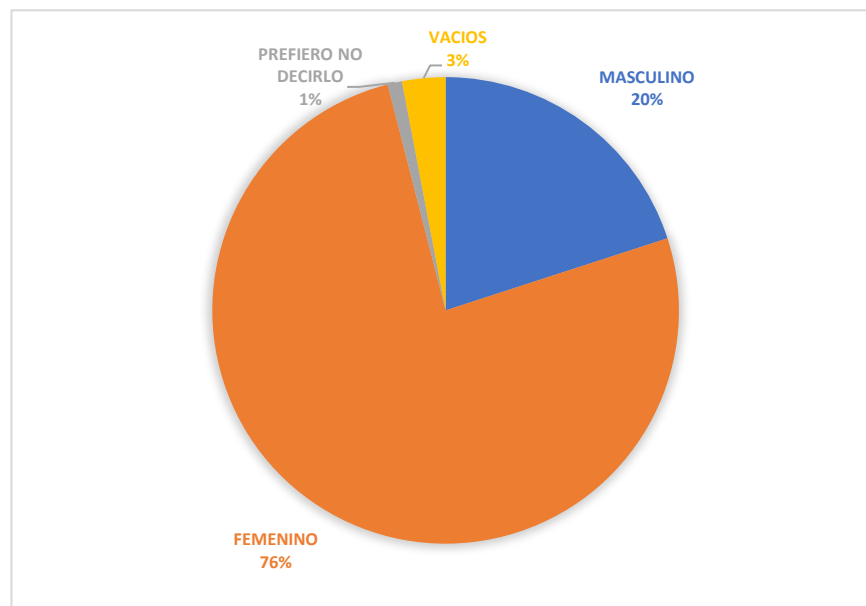
Los resultados se presentan mediante tablas y figuras, con el fin de facilitar su comprensión y análisis. En primer lugar, se describen las características sociodemográficas de la población estudiada, tales como sexo, edad y nivel educativo. Posteriormente, se exponen los resultados relacionados con los hábitos alimentarios, el consumo de alimentos ultraprocesados, bebidas azucaradas y otros factores asociados al estilo de vida, así como los niveles de actividad física de los participantes.

Las respuestas obtenidas mediante escalas del 1 al 5, fueron recodificadas, agrupando las respuestas en afirmativas (1) y negativas (0), según criterios analíticos previamente establecidos, con el fin de permitir la aplicación de pruebas de asociación.

Finalmente, se presentan los resultados correspondientes a las variables principales del estudio, lo que permite identificar los factores relacionados con la prevención de la obesidad en la población analizada.

#### 4.1. Análisis e Interpretación de Resultados

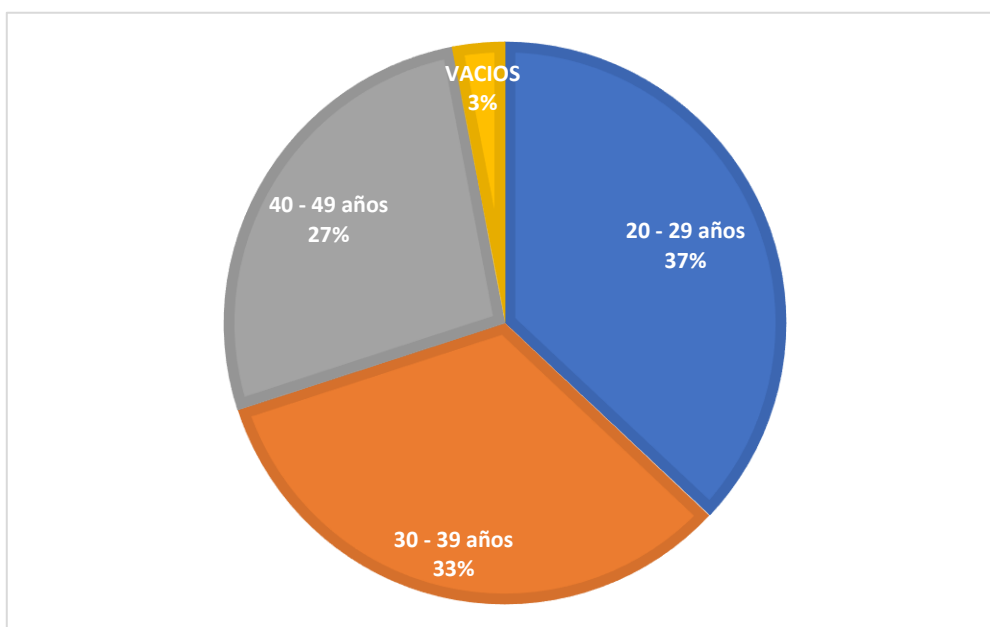
**Figura 1. Distribución por sexo de las personas encuestadas en la parroquia Alluriquín**



**Nota.** Datos obtenidos de la encuesta aplicada a adultos de 20 a 29 años de la parroquia Alluriquín, 2026.

En la Figura 1 se presenta la distribución de la población encuestada de la muestra de 100 personas según el sexo en la parroquia Alluriquín. Se observa que la mayoría de los participantes corresponde al sexo femenino con un 76%, seguido del sexo masculino con 20%. Además, un 3% de los encuestados no registró información en esta variable y un 1% prefirió no declarar su sexo. Estos resultados indican una mayor participación de mujeres dentro del grupo de estudio.

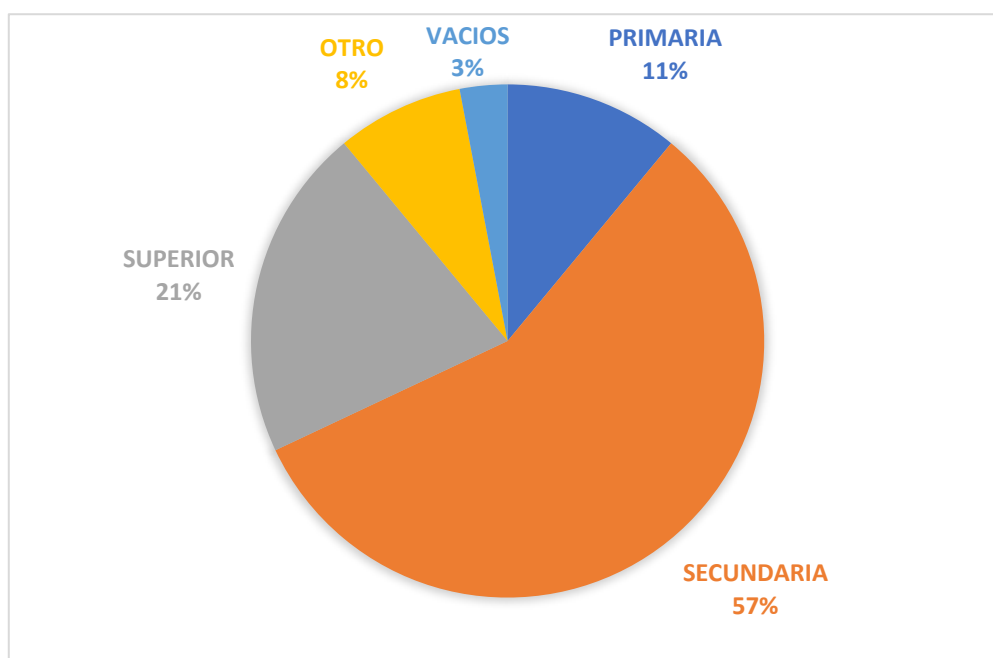
**Figura 2. Distribución de la población encuestada según grupo de edad en la parroquia Alluriquín**



**Nota.** Datos obtenidos de la encuesta aplicada a adultos de 20 a 49 años de la parroquia Alluriquín, 2026.

En la Figura 2 se presenta la distribución de los participantes según grupo de edad. Se observa que el 37% de los encuestados corresponde al grupo de 20 a 29 años, seguido del 33% que pertenece al grupo de 30 a 39 años. Asimismo, el 27% de los participantes se encuentra en el rango de 40 a 49 años, mientras que el 3% de los registros no presentó información para esta variable. Estos resultados evidencian una mayor representación de adultos jóvenes dentro de la población estudiada.

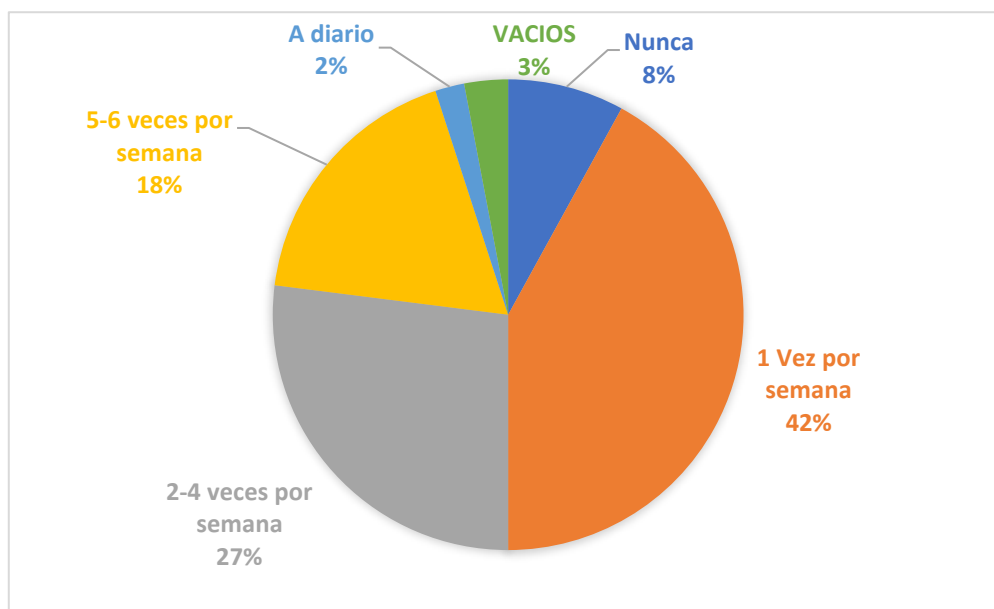
**Figura 3. Nivel educativo de la población encuestada de la parroquia Alluriquín**



**Nota.** Datos obtenidos de la encuesta aplicada a adultos de 20 a 49 años de la parroquia Alluriquín, 2026.

En la Figura 3 se presenta la distribución de los participantes según nivel educativo. Se observa que la mayoría de los encuestados posee educación secundaria (57%), seguido por quienes cuentan con educación superior (21%). Por otra parte, el 11% presenta nivel de educación primaria, mientras que el 8% indicó otro tipo de formación. Finalmente, el 3% de los registros no reportó información en esta variable. Estos resultados muestran que la mayor parte de la población encuestada posee un nivel educativo medio.

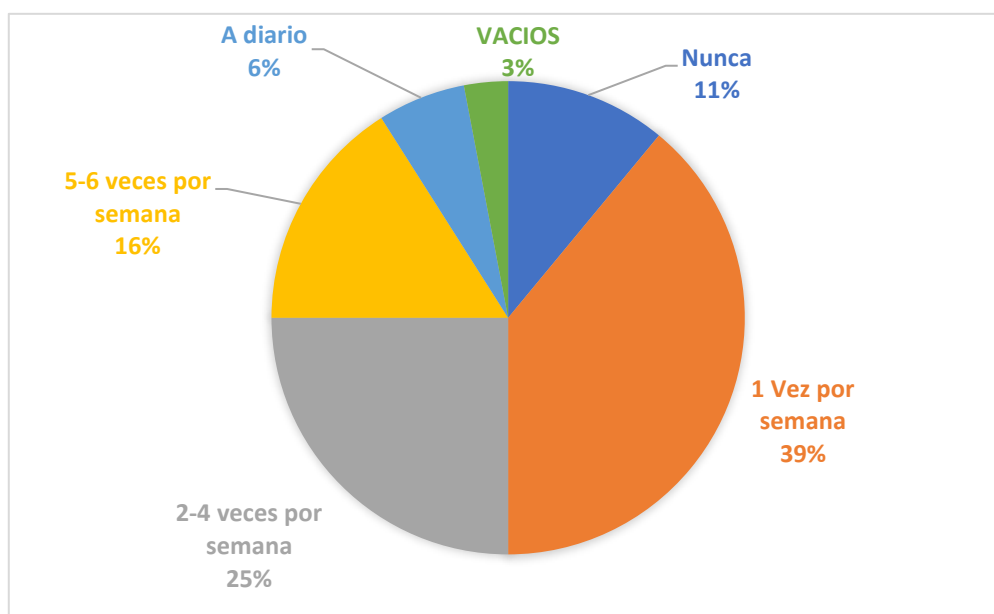
**Figura 4. Frecuencia de consumo de comida rápida en la población encuestada de la parroquia Alluriquín**



**Nota.** Datos obtenidos de la encuesta aplicada a adultos de 20 a 49 años de la parroquia Alluriquín, 2026.

En la Figura 4 se presenta la frecuencia de consumo de comida rápida entre los participantes del estudio. Se observa que el 42% de los encuestados consume comida rápida una vez por semana, seguido del 27% que la consume de 2 a 4 veces por semana. Asimismo, el 18% indicó consumir este tipo de alimentos de 5 a 6 veces por semana, mientras que el 8% manifestó no consumirlos. Por otra parte, el 2% señaló consumir comida rápida a diario, y el 3% de los registros no presentó información en esta variable. Estos resultados reflejan una frecuencia moderada de consumo de comida rápida en la población estudiada.

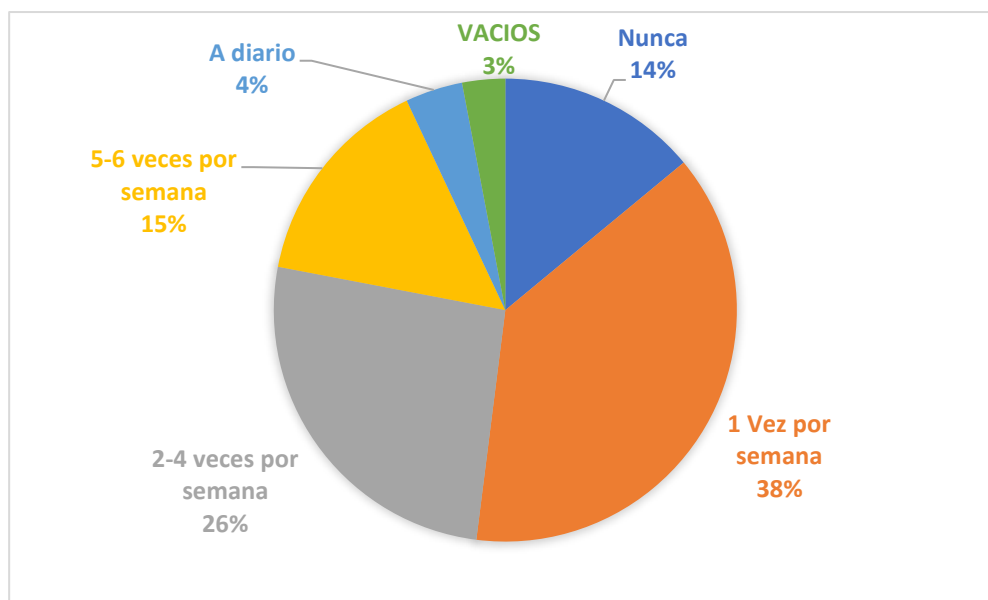
**Figura 5. Frecuencia de consumo de bebidas azucaradas en la población encuestada de la parroquia Alluriquín**



**Nota.** Datos obtenidos de la encuesta aplicada a adultos de 20 a 49 años de la parroquia Alluriquín, 2026.

En la Figura 5 se muestra la frecuencia de consumo de bebidas azucaradas entre los participantes. Se evidencia que el 39% de los encuestados consume bebidas azucaradas una vez por semana, seguido del 25% que las consume de 2 a 4 veces por semana. Además, el 16% indicó consumirlas de 5 a 6 veces por semana, mientras que el 11% manifestó no consumir este tipo de bebidas. Por otro lado, el 6% señaló consumirlas a diario, y el 3% de los registros no presentó información. Estos resultados indican una presencia considerable del consumo de bebidas azucaradas en la población analizada.

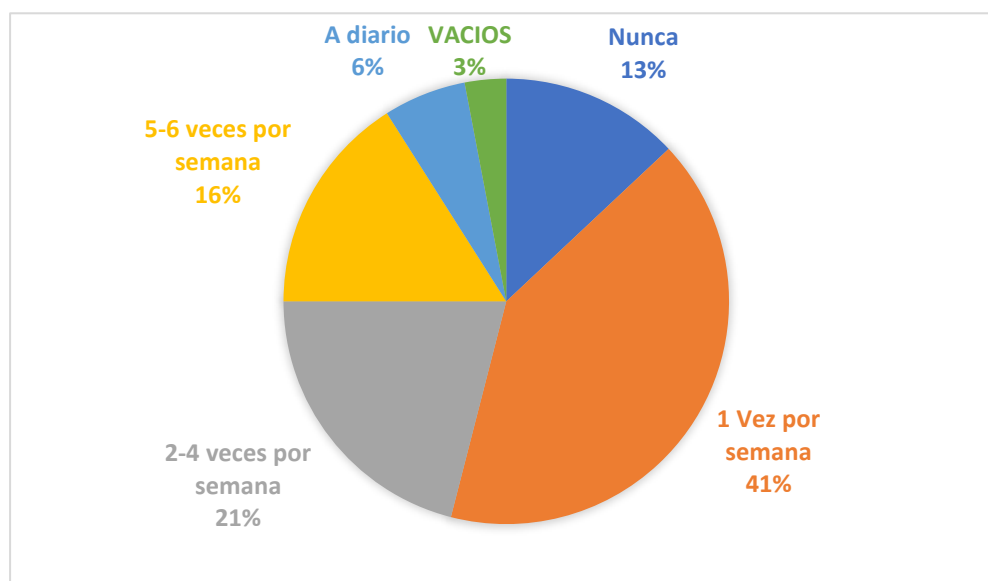
**Figura 6. Frecuencia de consumo de productos ultraprocesados en la población encuestada de la parroquia Alluriquín**



**Nota.** Datos obtenidos de la encuesta aplicada a adultos de 20 a 49 años de la parroquia Alluriquín, 2026.

En la Figura 6 se presenta la frecuencia de consumo de productos ultraprocesados en los participantes del estudio. Se observa que el 38% de los encuestados consume estos productos una vez por semana, seguido del 26% que los consume de 2 a 4 veces por semana. Asimismo, el 15% indicó consumirlos de 5 a 6 veces por semana, mientras que el 14% manifestó no consumirlos. Por otra parte, el 4% señaló consumir productos ultraprocesados a diario, y el 3% de los registros no presentó información. Estos resultados evidencian una frecuencia moderada de consumo de productos ultraprocesados en la población estudiada.

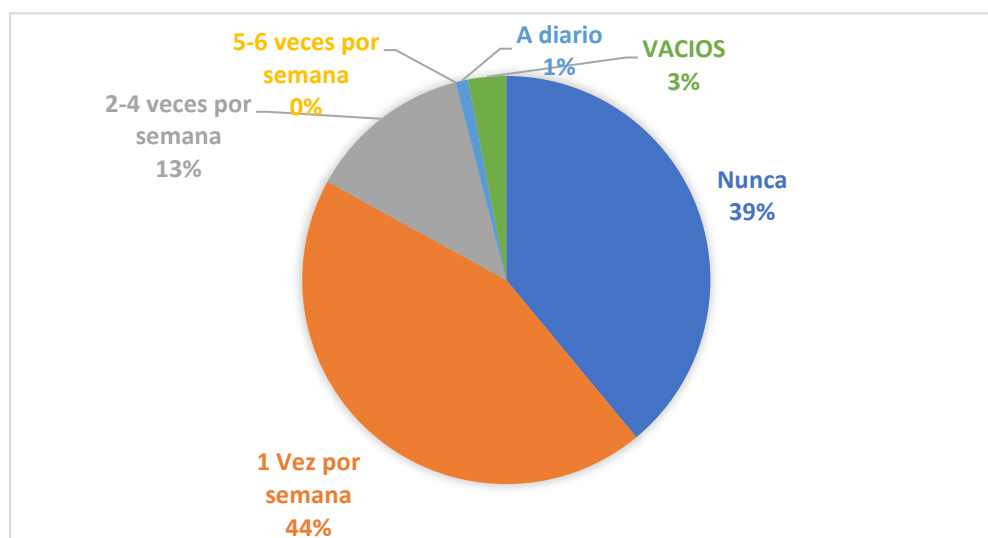
**Figura 7. Frecuencia de consumo de dulces artesanales en la población encuestada de la parroquia Alluriquín**



**Nota.** Datos obtenidos de la encuesta aplicada a adultos de 20 a 49 años de la parroquia Alluriquín, 2026.

En la Figura 7 se presenta la frecuencia de consumo de dulces artesanales entre los participantes del estudio. Se observa que el 41% de los encuestados consume estos productos una vez por semana, seguido del 28% que los consume de 2 a 4 veces por semana. Asimismo, el 16% indicó consumirlos de 5 a 6 veces por semana, mientras que el 7% manifestó no consumir dulces artesanales. Por otro lado, el 4% señaló consumirlos a diario, y el 3% de los registros no presentó información en esta variable. Estos resultados evidencian una frecuencia moderada de consumo de dulces artesanales en la población estudiada.

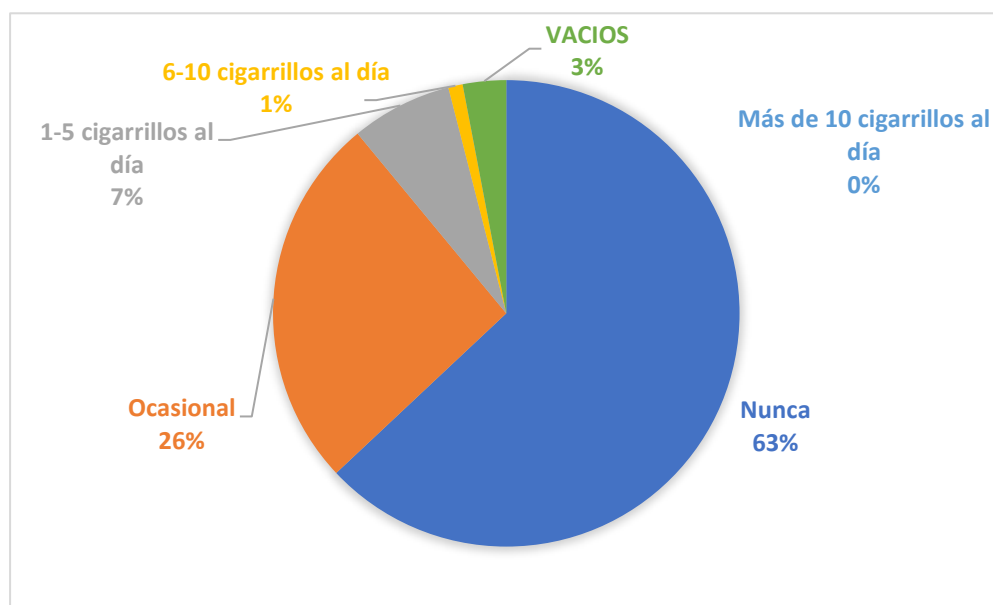
**Figura 8. Frecuencia de consumo de alcohol en la población encuestada de la parroquia Alluriquín**



**Nota.** Datos obtenidos de la encuesta aplicada a adultos de 20 a 49 años de la parroquia Alluriquín, 2026.

En la Figura 8 se presenta la frecuencia de consumo de alcohol en los participantes del estudio. Se observa que el 44% de los encuestados consume alcohol una vez por semana, seguido del 32% que manifestó no consumir bebidas alcohólicas. Además, el 12% indicó consumir alcohol de 2 a 4 veces por semana, mientras que el 8% señaló hacerlo de 5 a 6 veces por semana. Finalmente, el 4% de los registros no presentó información en esta variable. Estos resultados indican que una parte importante de la población reporta consumo ocasional de alcohol.

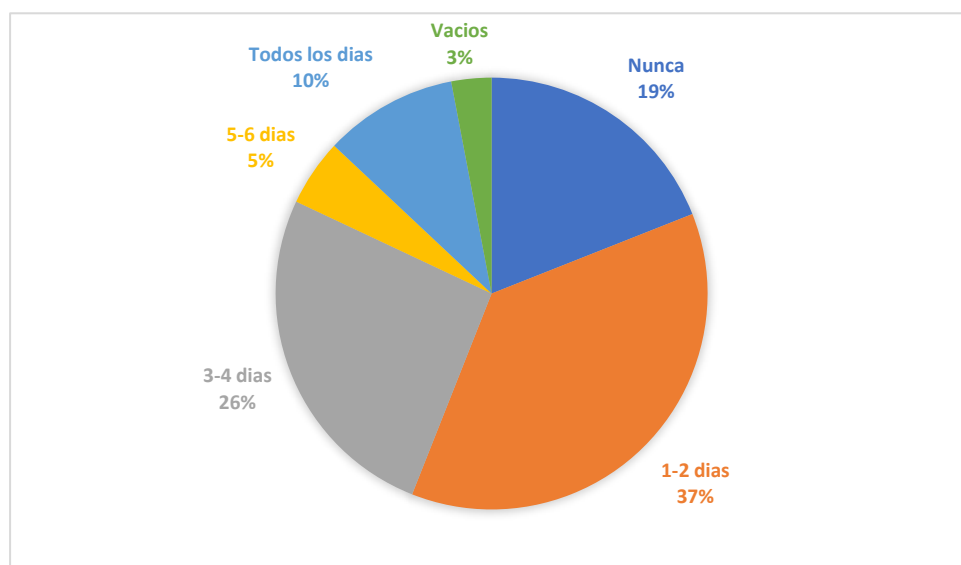
**Figura 9. Frecuencia de consumo de tabaco en la población encuestada de la parroquia Alluriquín**



**Nota.** Datos obtenidos de la encuesta aplicada a adultos de 20 a 49 años de la parroquia Alluriquín, 2026.

En la Figura 9 se presenta la frecuencia de consumo de tabaco entre los participantes. Se observa que la mayoría de los encuestados (63%) manifestó no consumir tabaco. Por otro lado, el 26% indicó consumirlo de manera ocasional, mientras que el 7% señaló fumar de 1 a 10 cigarrillos al día. Finalmente, un 4% reportó consumir más de 10 cigarrillos diarios. Estos resultados evidencian que el consumo de tabaco es menor en comparación con otros hábitos evaluados en la población estudiada.

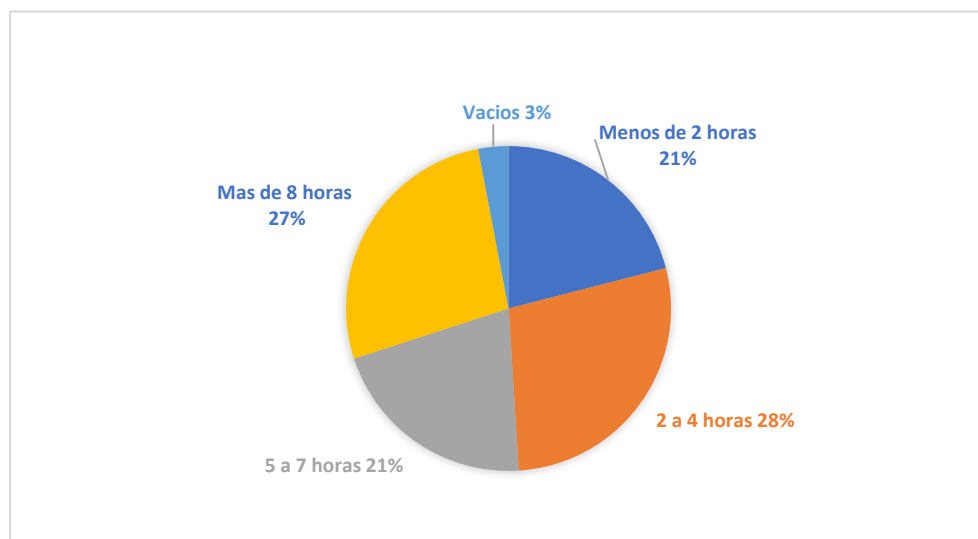
**Figura 10.** Frecuencia de realización de actividad física moderada en la población encuestada de la parroquia Alluriquín



**Nota.** Datos obtenidos de la encuesta aplicada a adultos de 20 a 49 años de la parroquia Alluriquín, 2026.

En la Figura 10 se presenta la frecuencia con la que los participantes realizan actividad física moderada. Se observa que la mayor proporción de los encuestados (37%) practica este tipo de actividad entre 1 y 2 días por semana, seguido del 26%, que la realiza de 3 a 4 días semanales. Por otra parte, el 19% manifestó no realizar actividad física moderada, mientras que el 5% indicó practicarla de 5 a 6 días por semana y el 10% señaló realizarla todos los días. Finalmente, el 3% de los registros no reportó información para esta variable. Estos resultados reflejan que, aunque una parte importante de la población realiza actividad física moderada, la frecuencia semanal aún es variable entre los participantes.

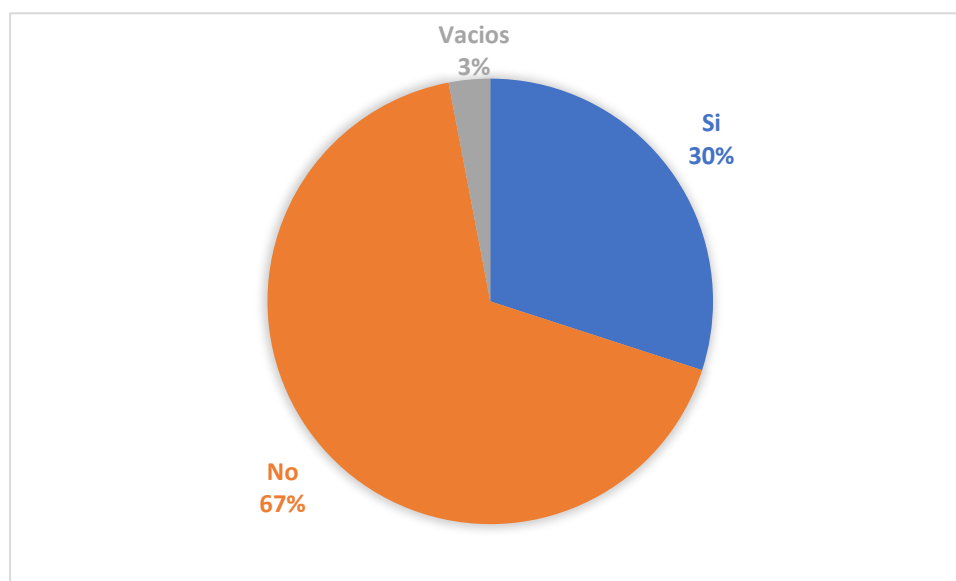
**Figura 11.** Frecuencia de tiempo diario que los participantes permanecen sentados la población encuestada de la parroquia Alluriquín



**Nota.** Datos obtenidos de la encuesta aplicada a adultos de 20 a 49 años de la parroquia Alluriquín, 2026.

En la Figura 11 se muestra el tiempo diario que los participantes permanecen sentados. Se evidencia que el 28% de los encuestados permanece sentado entre 2 y 4 horas al día, constituyendo el grupo con mayor proporción. Le sigue el 27%, que reporta permanecer sentado entre 5 y 7 horas diarias. Por otra parte, el 21% de los participantes indicó permanecer sentado menos de 2 horas al día, mientras que el 17% manifestó hacerlo más de 8 horas diarias. Finalmente, el 3% de los registros no reportó información para esta variable. Estos resultados sugieren que una proporción considerable de la población presenta periodos prolongados de sedentarismo durante el día.

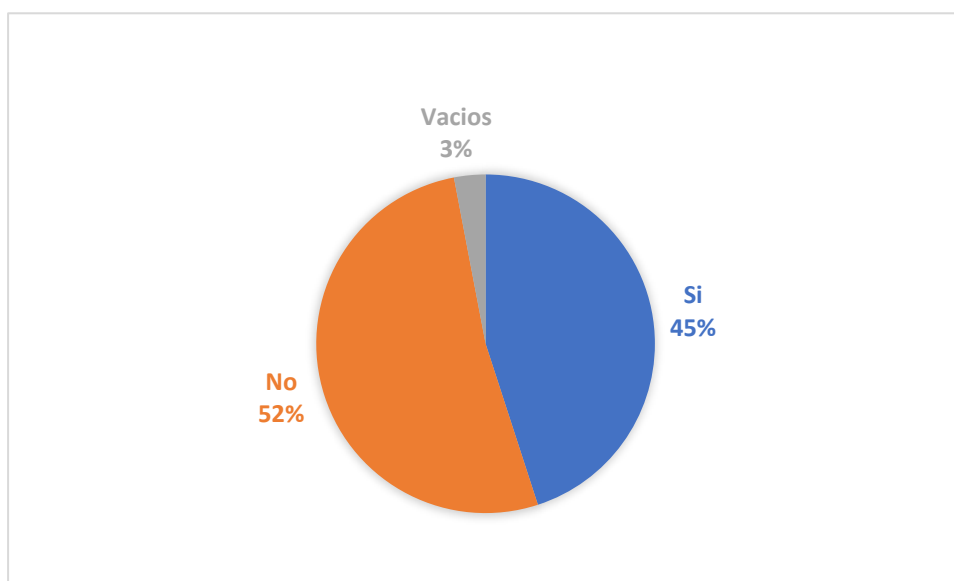
**Figura 12. Frecuencia de disminución de peso en el último año en la población encuestada de la parroquia Alluriquín.**



**Nota.** Datos obtenidos de la encuesta aplicada a adultos de 20 a 49 años de la parroquia Alluriquín, 2026.

En la Figura 12 se presenta la distribución de los participantes según si han experimentado disminución de peso durante el último año. Se observa que la mayor proporción de los encuestados (67%) manifestó no haber presentado disminución de peso. Por otro lado, el 30% indicó que sí ha perdido peso durante este periodo, mientras que el 3% no reportó información para esta variable. Estos resultados evidencian que la mayoría de la población encuestada no ha experimentado cambios significativos en su peso en el último año.

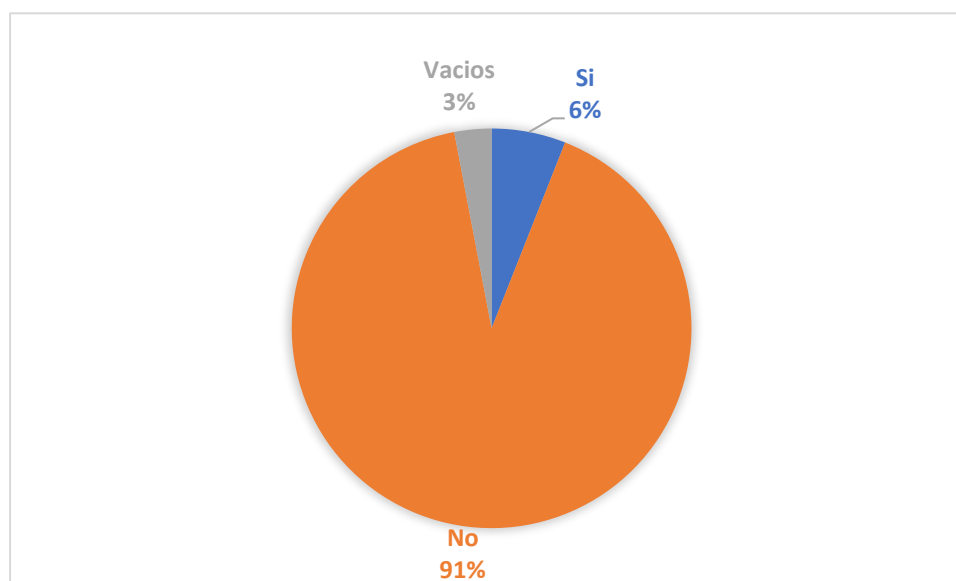
**Figura 13. Frecuencia de presencia de hábitos saludables en el último año en la población encuestada de la parroquia Alluriquín.**



**Nota.** Datos obtenidos de la encuesta aplicada a adultos de 20 a 49 años de la parroquia Alluriquín, 2026.

En la Figura 13 se muestra la presencia de hábitos saludables en los participantes durante el último año. Se observa que el 45% de los encuestados indicó practicar hábitos saludables, mientras que el 52% manifestó no mantener este tipo de prácticas. Además, el 3% no reportó información sobre esta variable. Estos resultados reflejan que más de la mitad de la población encuestada no mantiene hábitos saludables de manera regular.

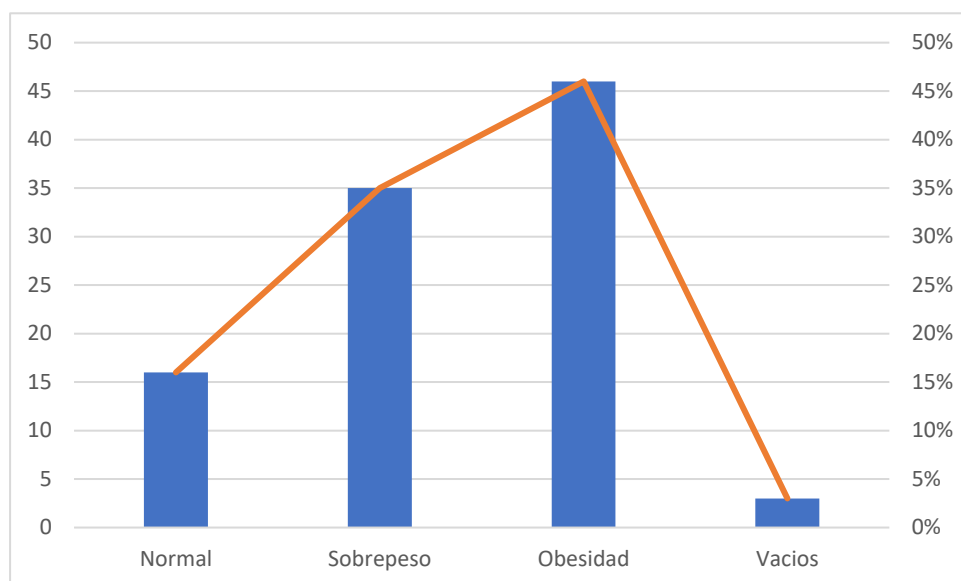
**Figura 14. Frecuencia de consulta al nutricionista en el último año en la población encuestada de la parroquia Alluriquín.**



**Nota.** Datos obtenidos de la encuesta aplicada a adultos de 20 a 49 años de la parroquia Alluriquín, 2026.

En la Figura 14 se presenta la proporción de participantes que han consultado a un nutricionista durante el último año. Se observa que la gran mayoría de los encuestados (91%) manifestó no haber acudido a consulta nutricional, mientras que únicamente el 6% indicó que sí ha recibido atención por parte de un profesional en nutrición. Asimismo, el 3% no reportó información. Estos resultados evidencian una baja frecuencia de consulta nutricional en la población estudiada.

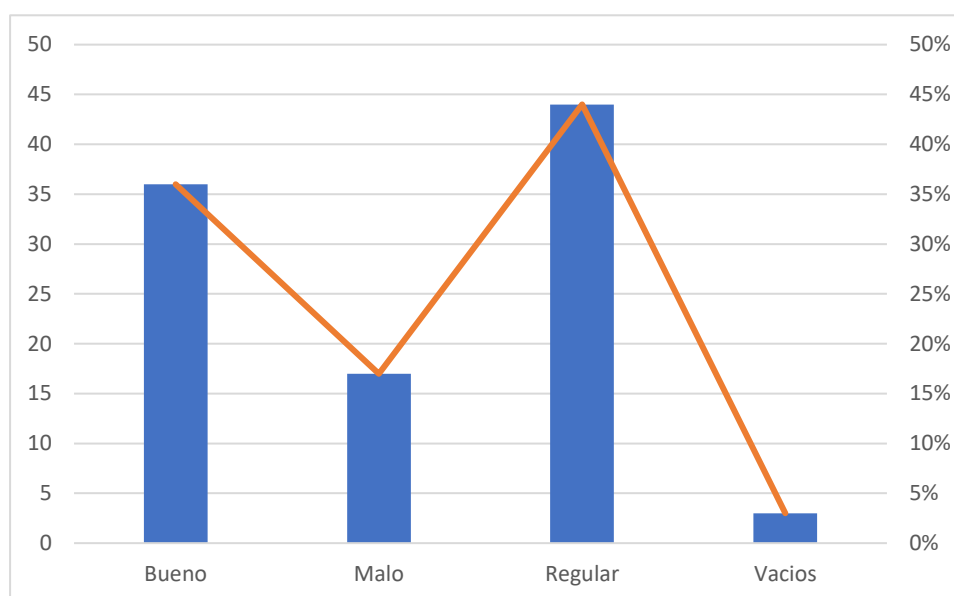
**Figura 15. Clasificación del Índice de Masa Corporal (IMC) en la población encuestada de la parroquia Alluriquín**



**Nota.** Datos obtenidos de la encuesta aplicada a adultos de 20 a 49 años de la parroquia Alluriquín, 2026.

En la Figura 15 se presenta la clasificación del Índice de Masa Corporal (IMC) de los participantes. Se observa que el 46% de los encuestados se encuentra en la categoría de obesidad, siendo esta la de mayor prevalencia. Le sigue el 35% con sobrepeso y el 16% con peso normal. Por otro lado, el 3% corresponde a la población que no reportó información. Estos resultados indican que una proporción importante de la población presenta exceso de peso, lo cual puede representar un riesgo para la salud.

**Figura 16. Nivel de conocimiento sobre hábitos alimentarios saludables en la población encuestada de la parroquia Alluriquín.**



**Nota.** Datos obtenidos de la encuesta aplicada a adultos de 20 a 49 años de la parroquia Alluriquín, 2026.

En la Figura 16 se presenta el nivel de conocimiento sobre hábitos alimentarios saludables en los participantes. Se observa que el 44% de los encuestados posee un nivel de conocimiento regular, seguido del 36% con nivel bueno. Por otra parte, el 17% presenta un nivel bajo y el 3% no reportó información. Estos resultados sugieren que, aunque una parte importante de la población posee conocimientos aceptables sobre alimentación saludable, aún existen grupos que presentan niveles bajos de información en este tema.

## Asociaciones Estadísticas

Tabla 4.

### *Relación entre sedentarismo y clasificación del Índice de Masa Corporal (IMC)*

| Sedentarismo | Normal n (%) | Sobrepeso n (%) | Obesidad n (%) | TOTAL |
|--------------|--------------|-----------------|----------------|-------|
| No           | 12 (24,5%)   | 20 (40,8%)      | 17 (34,7%)     | 49    |
| Si           | 4 (8,3%)     | 15 (31,3%)      | 29 (60,4%)     | 48    |
| TOTAL        | 16           | 35              | 46             | 97    |

Chi-cuadrado=7,83; p=0,019

**Fuente:** Elaboración propia a partir de los datos recolectados mediante la encuesta aplicada a la población de estudio, 2025.

Se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de sedentarismo y la clasificación del índice de masa corporal ( $\chi^2 = 7,8352$ ;  $p = 0,0199$ ). En particular, los individuos con obesidad registraron una mayor prevalencia de conductas sedentarias (60,4%) en comparación con aquellos que presentaban un IMC dentro de rangos normales (24,5%). Estos hallazgos sugieren una relación directa entre el sedentarismo y un incremento en el riesgo de presentar exceso de peso.

Tabla 5.

**Relación entre Hábitos saludables y clasificación del Índice de Masa Corporal (IMC)**

| Hábitos saludables como hacer dieta o ejercicio | Normal n (%) | Sobrepeso n (%) | Obesidad n (%) | TOTAL |
|-------------------------------------------------|--------------|-----------------|----------------|-------|
| No                                              | 5 (9,62%)    | 17 (32,69%)     | 30 (57,69%)    | 52    |
| Si                                              | 11 (24,44%)  | 18 (40%)        | 16 (35,56%)    | 45    |
| <b>TOTAL</b>                                    | 16           | 35              | 46             | 97    |

Chi-cuadrado=6,06; p=0,048

**Fuente:** Elaboración propia a partir de los datos recolectados mediante la encuesta aplicada a la población de estudio, 2025.

Se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre la adopción de hábitos saludables y la clasificación del índice de masa corporal ( $\chi^2 = 6,0659$ ;  $p = 0,0482$ ). Los participantes que adoptaron hábitos saludables presentaron una mayor proporción de IMC normal (24,44%) y una menor frecuencia de obesidad (35,56%), en comparación con aquellos que no los adoptaron (9,62% y 57,69%, respectivamente), lo que sugiere un efecto favorable de estos hábitos sobre el estado nutricional.

Tabla 6.

**Relación entre nivel de conocimiento y consulta con nutricionista**

| Nivel de conocimiento | No Consultas n (%) | Si consultas n (%) | TOTAL |
|-----------------------|--------------------|--------------------|-------|
| Adecuado              | 33 (91,7%)         | 3 (8,3%)           | 36    |
| No Adecuado           | 58 (95,1%)         | 3 (4,9%)           | 61    |
| TOTAL                 | 91                 | 6                  | 97    |

Chi-cuadrado= 0,45; p=0,50

OR= 0,56(IC95%; 0,10-2,98)

**Fuente:** Elaboración propia a partir de los datos recolectados mediante la encuesta aplicada a la población de estudio, 2025.

No se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la consulta con nutricionista en el último año ( $p > 0,05$ ). No obstante, estos resultados deben interpretarse con cautela debido a la presencia de frecuencias esperadas bajas en algunas celdas. Así mismo, se observó una muy baja proporción de participantes que acudieron a consulta con nutricionista (6), lo que sugiere una limitada utilización de los servicios de atención nutricional en la población estudiada.

Tabla 7.

**Relación entre nivel de conocimiento y clasificación del Índice de Masa Corporal (IMC)**

| Nivel de conocimiento | Normal n (%) | Sobrepeso n (%) | Obesidad n (%) | TOTAL |
|-----------------------|--------------|-----------------|----------------|-------|
| Adecuado              | 7 (19,44%)   | 14 (38,89%)     | 15 (41,67%)    | 36    |
| No Adecuado           | 9 (14,75%)   | 21 (34,43%)     | 31 (50,82%)    | 61    |
| TOTAL                 | 16           | 35              | 46             | 97    |

Chi-cuadrado= 0,82; p=0,661

**Fuente:** Elaboración propia a partir de los datos recolectados mediante la encuesta aplicada a la población de estudio, 2025.

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la clasificación del índice de masa corporal ( $\chi^2 = 0,8268$ ;  $p = 0,6614$ ). Aunque de forma descriptiva se observó una mayor proporción de obesidad en los participantes con conocimiento no adecuado, esta diferencia no alcanzó significancia estadística.

Tabla 8.

**Relación entre nivel de conocimiento y Adopción de hábitos saludables como hacer ejercicio o dieta**

| Nivel de conocimiento | No n (%)    | Si n (%)    | TOTAL |
|-----------------------|-------------|-------------|-------|
| Adecuado              | 18 (50%)    | 18 (50%)    | 36    |
| No Adecuado           | 34 (55,74%) | 27 (44,26%) | 61    |
| TOTAL                 | 52          | 45          | 97    |

Chi-cuadrado= 0,299 ; p=0,58

**Fuente:** Elaboración propia a partir de los datos recolectados mediante la encuesta aplicada a la población de estudio, 2025.

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la adopción de hábitos saludables como hacer ejercicio o dieta ( $\chi^2 = 0,299$ ;  $p = 0,58$ ). Aunque de forma descriptiva los participantes con conocimiento adecuado mostraron una ligera mayor proporción de adopción de hábitos saludables (50%) en comparación con aquellos con conocimiento no adecuado (44,26%), esta diferencia no fue significativa.

*Tabla 9.*

***Relación entre duración >30 minutos actividad física moderada por sesión y clasificación del Índice de Masa Corporal (IMC)***

| <b>Actividad Física Moderada</b> | <b>Normal n (%)</b> | <b>Sobrepeso n (%)</b> | <b>Obesidad n (%)</b> | <b>TOTAL</b> |
|----------------------------------|---------------------|------------------------|-----------------------|--------------|
| <b>No</b>                        | 8 (11,43%)          | 24 (34,29%)            | 38 (54,29%)           | 70           |
| <b>Si</b>                        | 8 (29,63%)          | 11 (40,74%)            | 8 (29,63%)            | 27           |
| <b>TOTAL</b>                     | 16                  | 35                     | 46                    | 97           |

Chi-cuadrado= 6,636;  $p=0,0362$

**Fuente:** Elaboración propia a partir de los datos recolectados mediante la encuesta aplicada a la población de estudio, 2025.

Se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre la duración de la actividad física moderada por sesión y la clasificación del índice de masa corporal ( $\chi^2 = 6,636$ ;  $p = 0,0362$ ). En particular, los individuos que no realizan actividad física moderada  $\geq 30$  minutos presentaron mayor prevalencia de obesidad (54,29%) en comparación con aquellos que sí la realizan (29,63%), lo que sugiere que una mayor duración de actividad física se relaciona con un mejor estado nutricional.

Tabla 10.

**Relación entre duración >30 minutos actividad física intensa por sesión y clasificación del Índice de Masa Corporal (IMC)**

| Nivel de conocimiento | Normal n (%) | Sobrepeso n (%) | Obesidad n (%) | TOTAL |
|-----------------------|--------------|-----------------|----------------|-------|
| No                    | 9 (11,84%)   | 27 (35,53%)     | 40 (52,63%)    | 76    |
| Si                    | 7 (33,33%)   | 8 (38,10%)      | 6 (28,57%)     | 21    |
| <b>TOTAL</b>          | 16           | 35              | 46             | 97    |

Chi-cuadrado= 6,6458; p=0,0362

**Fuente:** Elaboración propia a partir de los datos recolectados mediante la encuesta aplicada a la población de estudio, 2025.

Se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre la duración de la actividad física intensa por sesión y la clasificación del índice de masa corporal ( $\chi^2 = 6,6458$ ;  $p = 0,0362$ ). En particular, los individuos que no realizan actividad física intensa  $\geq 30$  minutos presentaron mayor prevalencia de obesidad (52,63%) en comparación con quienes sí la realizan (28,57%), lo que sugiere que la actividad física intensa se asocia con menor riesgo de obesidad.

## 5. CAPÍTULO V: Conclusiones, Discusión y Recomendaciones

### 5.1. Discusión

Los resultados obtenidos en el presente estudio nos muestran una asociación estadísticamente significativa entre el Índice de Masa Corporal (IMC) y el sedentarismo, el cual se encuentra entre las causas más relevantes del sobrepeso y la obesidad en adultos jóvenes, hábitos sedentarios como ver televisión durante más de cuatro horas aumenta 2.38 veces más las probabilidades de tener obesidad en comparación con quienes la ven una hora al día o menos; de hecho, la prevalencia de la obesidad aumenta en un 30 % por cada hora adicional de ver televisión (Hu et al., 2000). Un Meta-análisis posterior nos revela algo más preocupante aún sobre el sedentarismo, como es el incremento del riesgo de mortalidad, asociado al tiempo de sedestación. Se ha estimado que los adultos sentados por 10 horas al día, tienen un 34% más de riesgo de mortalidad por cualquier causa, aun considerando la actividad física. (Chau et al., 2013). “Sin considerar la actividad física, el tiempo total sentado >4-8 horas y >8 horas por día, se asociaron con un riesgo significativamente mayor de mortalidad (2% y 8% por cada aumento de 1 hora al día sentado, respectivamente)”. (Chau et al., 2013, p. 10, traducción propia).

La actividad física tanto moderada, como vigorosa muestran una relación estadísticamente significativa con el Índice de Masa Corporal (IMC), como se pudo observar en las tablas 8 y 9 las personas que no realizan más de 30 minutos de actividad física moderada e intensa por sesión, presentaron mayor prevalencia de obesidad (54,29% y 52,63% respectivamente) en comparación con quienes si la realizan. Lo que se corresponde con Bull et al. (2020) que menciona que ambas intensidades contribuyen a la regulación del peso corporal. Esto nos lleva a reconocer que la actividad física es un determinante principal para la prevención del sobrepeso y la obesidad.

Según Valdés G et al. (2022) el nivel de conocimiento en salud se ha relacionado inversamente con el sobrepeso y obesidad, ya que con bajos niveles de conocimiento aumenta el riesgo de mantener hábitos alimentarios poco saludables, así como conductas no saludables. Sin embargo, en este estudio no se ha encontrado una relación significativamente estadística entre el nivel de conocimiento de los participantes y la adopción de hábitos saludables, aunque se pudo observar que los participantes con conocimiento adecuado mostraron ligeramente una mayor proporción de adopción de hábitos saludables (50%) en comparación con aquellos que tenían un conocimiento no adecuado (44,26%). De igual manera, no se obtuvo un resultado significativamente estadístico entre el nivel de conocimiento y la clasificación del índice de masa corporal (IMC), pero se observó que la mayor proporción de participantes con obesidad tenía un conocimiento no adecuado.

Esto nos muestra que el conocimiento si tiene influencia en la adopción de hábitos saludables y en el índice de masa corporal, pero no es el único elemento necesario, en algunos participantes, para la adopción de hábitos saludables, pues el 50% de los participantes que tenían un conocimiento adecuado, declararon no haber adoptado hábitos saludables.

Las intervenciones educativas han sido útiles en cuanto a la transmisión de conocimiento, pero no fueron determinantes para la adopción de hábitos o conductas saludables en la mayoría de la población objeto de este estudio.

La obesidad es una enfermedad de carácter multifactorial, que depende no solo de la adopción de conductas que se pueden modificar, sino también de determinantes sociales de carácter estructural como el nivel socioeconómico y la educación. Por ello se requiere un enfoque integral y multisectorial en la propuesta de las intervenciones educativas de salud, incorporar el manejo del estrés y la equidad social como pilares para la prevención y control, contribuyendo a mejorar la salud física y mental de la población adulta.

El estrés crónico es otro determinante fisiológico y conductual relevante en la obesidad. El aumento del cortisol como respuesta al estrés afecta la autorregulación en induce a una mayor ingesta de alimentos ricos en grasas y azúcares, disminución de actividad física y mala calidad del sueño. Se ha demostrado que los individuos con una respuesta elevada al cortisol tienden a comer más en respuesta a las situaciones de estrés, y sus niveles elevados de cortisol, se relacionan con la obesidad abdominal que presentan (Miller et al., 2016).

En trabajos posteriores se considera necesario revisar si existen barreras de acceso a los servicios de salud, debido a que solamente seis (6) de los encuestados acudieron a consulta con un nutricionista en el último año, así como la existencia de otros factores que impidan la adopción de medidas de estilos de vida saludables en la población.

El modelo de Promoción de la salud de Nola J. Pender reconoce la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta, así como, la influencia de factores psicológicos y considera que la motivación (expectativas o beneficios) es un componente clave para conseguir un logro, o alcanzar las metas planteadas. (Aristizábal Hoyos et al., 2011)

Así mismo, este modelo ha sido utilizado en varios estudios relacionados con la actividad física, estilos de vida saludable, enfermedades crónicas y obesidad. Estos estudios han demostrado que las intervenciones educativas basadas en el modelo de Promoción de la salud de Nola J. Pender generan mejoras estadísticamente significativas en los estilos de vida, particularmente en dimensiones como la actividad física, la responsabilidad en salud y el bienestar general (Rojas-Torres et al., 2025).

## 5.2.Conclusiones

- Se caracterizó el nivel de conocimiento sobre los factores asociados al sobrepeso y la obesidad en adultos de 20 a 49 años de la parroquia Alluriquín, identificándose la presencia de conocimientos no adecuados en una proporción relevante de la población.
- Se identificó una alta prevalencia de estilos de vida sedentarios y hábitos alimentarios inadecuados. -Los resultados revelan una coexistencia de factores de riesgo metabólico, -donde la baja frecuencia de actividad física se asocia directamente con un consumo deficiente de micronutrientes y exceso de alimentos procesados en la muestra estudiada. -
- Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los hábitos alimentarios y la actividad física con la clasificación del índice de masa corporal, lo que indica que estas variables se relacionan con el estado nutricional en la población estudiada.
- El hallazgo redefine la prioridad educativa en la parroquia: -las intervenciones de enfermería no deben centrarse únicamente en la transmisión de conceptos sobre obesidad, -sino en el desarrollo de habilidades prácticas y motivación para modificar los hábitos diarios, -dado que el conocimiento existente es insuficiente para impactar el Índice de Masa Corporal de la población. -

### 5.3. Recomendaciones

- Fortalecer las estrategias de educación en salud desde la Atención Primaria, orientadas no solo a la transmisión de conocimientos, sino también a la promoción de cambios en los hábitos alimentarios y de actividad física.
- Promover intervenciones comunitarias que incentiven la práctica regular de actividad física, considerando las características socioculturales de la población.
- Impulsar acciones de promoción de alimentación saludable, enfocadas en la reducción del consumo de alimentos ultraprocesados y bebidas azucaradas.
- Diseñar futuras intervenciones educativas dirigidas a las brechas de conocimiento identificadas, incorporando enfoques prácticos y participativos. Se recomienda que futuros estudios analicen variables adicionales de tipo social, económico y cultural, y consideren diseños analíticos o longitudinales que permitan establecer relaciones causales.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aristizábal Hoyos, G. P., Blanco Borjas, D. M., Sánchez Ramos, A., & Ostigüín Meléndez, R. M. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria*, 8(4), 16–23.
- Aubin, H. J., Farley, A., Lycett, D., Lahmek, P., & Aveyard, P. (2021). *Weight gain in smokers after quitting cigarettes: Meta-analysis*. *BMJ*, 345, e4439.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.e4439>
- Bandura, A. (2004). *Health promotion by social cognitive means*. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143–164. <https://doi.org/10.1177/1090198104263660>
- Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M. P., Cardon, G., ... Willumsen, J. F. (2020). *World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. *British Journal of Sports Medicine*, 54(24), 1451–1462.  
<https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2013). *Obesity — United States, 1999–2010*. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 62(Suppl 3), 120–128.  
<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su6203a20.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). Acerca del índice de masa corporal (IMC).  
<https://www.cdc.gov/bmi/es/about/index.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). Categorías de IMC para adultos  
<https://www.cdc.gov/bmi/adult-calculator/bmi-categories.html>

- Chiolero, A., Faeh, D., Paccaud, F., & Cornuz, J. (2017). *Consequences of smoking for body weight, body fat distribution, and insulin resistance*. American Journal of Clinical Nutrition, 87(4), 801–809. <https://doi.org/10.1093/ajcn/87.4.801>
- Chau, J. Y., Grunseit, A. C., Chey, T., Stamatakis, E., Matthews, C. E., Brown, W. J., Bauman, A. E., & van der Ploeg, H. P. (2013). *Daily sitting time and all-cause mortality: A meta-analysis*. **PLoS ONE**, 8(11), e80000. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0080000>
- Dwyer J.T, Melanson K.J, Sriprachy-anunt U., et al. (2015). *Clasificación del estado de peso según el índice de masa corporal (IMC) (Tabla 4)*. In K. R. Feingold, R. A. Adler, S. F. Ahmed, et al. (Eds.), *Endotext*. MDText.com, Inc. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK278991/>
- Dinu, M., Pagliai, G., Casini, A., & Sofi, F. (2018). *Mediterranean diet and multiple health outcomes: An umbrella review of meta-analyses of observational studies and randomised trials*. European Journal of Clinical Nutrition, 72(1), 30–43. <https://doi.org/10.1038/ejcn.2017.58>
- Dirección Distrital de Salud 23D01 – MSP. (2025). Pirámide poblacional total [Visualización de datos]. Tableau Public. [https://public.tableau.com/app/profile/msp.distrito.salud.23d01/viz/Graficas\\_PiramidePoblacional\\_2025/PiramidePoblacionalTotal](https://public.tableau.com/app/profile/msp.distrito.salud.23d01/viz/Graficas_PiramidePoblacional_2025/PiramidePoblacionalTotal)
- Dirección Distrital de Salud 23D01 – MSP. (2025). Estimado poblacional 2025 [Visualización de datos]. Tableau Public. <https://public.tableau.com/app/profile/msp.distrito.salud.23d01/viz/23D01-EstimadoPoblacional-2025/EstimadoPoblacional2025>

Dirección Distrital de Salud 23D01 – MSP. (2025). Morbilidad general 2025[Visualización de datos]. Tableau Public.

<https://public.tableau.com/app/profile/msp.distrito.salud.23d01/viz/23D01-MORBILIDAD-2025/MorbilidadGeneral2025>

Ekelund, U., Tarp, J., Steene-Johannessen, J., Hansen, B. H., Jefferis, B., Fagerland, M. W., ...

Lee, I. M. (2019). *Dose-response associations between accelerometry measured physical activity and sedentary time and all cause mortality*. BMJ, 366, l4570.

<https://doi.org/10.1136/bmj.l4570>

FAO. (2016). *Platos saludables para una vida sana*. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.

García-Flores, A., Ninatanta-Ortiz, J. A., Abanto Villar, M. V., Pérez Cieza, K. M., Chávez

Farro, R. R., Palacios Sánchez, S. E., ... & Romaní Romaní, R. (2022). *Intervención educativa basada en estilos de vida para incrementar la proporción de adolescentes libres de componentes del síndrome metabólico en una región altoandina del Perú*.

Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 39(1), 36–46.

<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2022.391.9986>

Hu, F. B., Li, T. Y., Colditz, G. A., Willett, W. C., & Manson, J. E. (2000). Television watching and other sedentary behaviors in relation to risk of obesity and type 2 diabetes mellitus in women. JAMA, 289(14), 1785–1791. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11126224/>

Hodgkinson, A., Abbott, J., Hurley, M. A., Lowe, N., Qualter, P., & Wilcockson, T. (2019). *An educational intervention to prevent overweight in pre-school years: A cluster randomised trial*. BMC Public Health, 19(1), 1430. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7595-2>

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2018. Reporte de antropometría*. INEC.

Malik, V. S., & Hu, F. B. (2022). *Sugar-sweetened beverages and cardiometabolic health: An update of the evidence*. *Nutrients*, 14(12), 2468. <https://doi.org/10.3390/nu14122468>

Martínez-González, M. A., Hershey, M. S., Zazpe, I., & Trichopoulou, A. (2019). *Transferability of the Mediterranean diet to non-Mediterranean countries: What is and what is not the Mediterranean diet*. *Nutrients*, 11(11), 2854. <https://doi.org/10.3390/nu11112854>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2024). MSP ejecuta acciones de prevención y promoción de salud para enfrentar la lucha contra la obesidad. Recuperado de <https://www.salud.gob.ec/msp-ejecuta-acciones-de-prevencion-y-promocion-desalud-para-enfrentar-la-lucha-contra-la-obesidad/>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2024). *Lineamientos y estrategias para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles en el primer nivel de atención*. MSP. <https://www.salud.gob.ec/prevencion-de-enfermedades-cronicas-no-transmisibles-asociadas-a-la-nutricion-en-el-ciclo-de-vida/>

Miller, R., Gaab, J., & Hellhammer, D. H. (2016). Stress, cortisol, and obesity: mechanisms and insights. *Psychoneuroendocrinology*, 73, 1–7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27345309/>

Moreira Ximenes, M. A., Albuquerque Brandão, M. G. de S., Gomes, J. da S., Cavalcante, F. M. L., Caetano, J. A., & Barros, L. M. (2020). *Intervenciones educativas en la prevención o tratamiento de la obesidad en adolescentes: Revisión integrativa*. *Enfermería Actual de Costa Rica*, (40). <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i40.43681>

Monteiro, C. A., Cannon, G., Moubarac, J. C., Levy, R. B., Louzada, M. L. C., & Jaime, P. C.

(2019). *The UN Decade of Nutrition, the NOVA food classification and the trouble with ultra-processing*. Public Health Nutrition, 21(1), 5–17.

<https://doi.org/10.1017/S1368980017000234>

Nutbeam, D. (2008). *The evolving concept of health literacy*. Social Science & Medicine, 67(12),

2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>

Organización Mundial de la Salud. (2025, 7 de mayo). *Obesidad y sobrepeso*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Organización Mundial de la Salud. (2010). *Promoción de la salud: conceptos clave*. OMS.

Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Atención primaria de salud: renovando la estrategia*. OPS.

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Healthy diet*. OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders*. OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Obesity and overweight*. OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Global report on alcohol and health*. OMS.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2019). *Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina*. <https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/5f1e83e3-6633-443c-8995-efe477e766ef/content>

- Pagliai, G., Dinu, M., Madarena, M. P., Bonaccio, M., Iacoviello, L., & Sofi, F. (2021). *Consumption of ultra-processed foods and health status: A systematic review and meta-analysis*. *British Journal of Nutrition*, 125(3), 308–318.  
<https://doi.org/10.1017/S0007114520002688>
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). Pearson.
- Pérez-Galarza, J., Baldeón, L., Franco, O. H., Muka, T., Drexhage, H. A., Voortman, T., & Freire, W. B. (2021). *Prevalence of overweight and metabolic syndrome, and associated sociodemographic factors among adult Ecuadorian populations: the ENSANUT-ECU study*. *Journal of endocrinological investigation*, 44(1), 63–74.  
<https://doi.org/10.1007/s40618-020-01267-9>
- Piercy, K. L., Troiano, R. P., Ballard, R. M., Carlson, S. A., Fulton, J. E., Galuska, D. A., ... Olson, R. D. (2018). *The physical activity guidelines for Americans*. *JAMA*, 320(19), 2020–2028. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.14854>
- Quintero, Y., Bastardo, G., Angarita, C., Rivas Córdova, J. G., Suárez, C. I., & Uzcátegui, A. (2020). *El estudio de la obesidad desde diversas disciplinas: múltiples enfoques, una misma visión*. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 18(3), 95–106.  
[http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-31102020000300095](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102020000300095)
- Rehm, J., Shield, K. D., Roerecke, M., & Gmel, G. (2021). *Alcohol consumption and the risk of morbidity and mortality*. *Current Epidemiology Reports*, 8(3), 202–212.  
<https://doi.org/10.1007/s40471-021-00266-1>
- Rojas-Torres, I. L., Garizábalo Dávila, C. M., Ruidíaz Gómez, K. S., Fernández Aragón, S. P., Perea-Rojas, D. M., Rodelo Olmos, G. M., & Liñán Meléndez, N. I. (2025). *Effectiveness*

*of Nola Pender's Health Promotion Model: A comprehensive approach for enhancing healthy behaviors and quality of life in adults. International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22, 1506. <https://doi.org/10.3390/ijerph22101506>

Sayon-Orea, C., Martínez-González, M. A., Bes-Rastrollo, M., & Toledo, E. (2021). *Alcohol consumption and body weight: A systematic review*. *Nutrition Reviews*, 79(1), 28–41. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuaa012>

Schröder, H., Fitó, M., Estruch, R., Martínez-González, M. A., Corella, D., Salas-Salvadó, J., & Covas, M. I. (2011). *A short screener is valid for assessing Mediterranean diet adherence among older Spanish men and women*. *The Journal of Nutrition*, 141(6), 1140–1145. <https://doi.org/10.3945/jn.110.135566>

Schlosser Montes, K., & Barillas Basterrechea, M. (2025). La obesidad: más allá del IMC. *Revista de la Facultad de Medicina, Universidad Francisco Marroquín*. [https://revista-medicina.ufm.edu/index.php/revista/article/view/126?utm\\_source=chatgpt.com](https://revista-medicina.ufm.edu/index.php/revista/article/view/126?utm_source=chatgpt.com)

Sharma, M. (2011). *Dietary Education in School-Based Childhood Obesity Prevention Programs*. *Advances in Nutrition*, 2(2), 207S–216S. <https://doi.org/10.3945/an.111.000315>

Spronk, I., Kullen, C., Burdon, C., & O'Connor, H. (2014). *Relationship between nutrition knowledge and dietary intake*. *British Journal of Nutrition*, 111(10), 1713–1726. <https://doi.org/10.1017/S0007114514000087>

Swift, D. L., McGee, J. E., Earnest, C. P., Carlisle, E., Nygard, M., & Johannsen, N. M. (2021). *The effects of exercise and physical activity on weight loss and maintenance*. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 64, 206–213. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2020.12.014>

Thomas-Lange, J., & Ferrer, L. (2020). Determinantes sociales como factores contextuales de la obesidad: construcción de significado y valoración del estado nutricional según nivel socioeconómico. *Revista Chilena de Nutrición*, 47(6), 771–779.

[https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182020000600983&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182020000600983&script=sci_arttext)

Traversy, G., & Chaput, J. P. (2015). *Alcohol consumption and obesity: An update*. *Current Obesity Reports*, 4(1), 122–130. <https://doi.org/10.1007/s13679-014-0129-4>

Tremblay, M. S., et al. (2017). *Sedentary Behavior Research Network*.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28599680/>

Valdés González, E. M., Solís Cartas, U., & Valdés González, J. L. (2022). *Control del sobrepeso y la obesidad en adultos de Chimborazo, Ecuador*. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 38(3).

Vinueza, A. F., Vallejo Andrade, K. C., Revelo Hidalgo, K. O., Yupa Pinos, M. L., & Riofrío Martínez, C. F. (2021). *Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos de la serranía ecuatoriana. Resultados de la ENSANUT-2018*. *La Ciencia al Servicio de la Salud y Nutrición*, 12(2). <https://doi.org/10.47187/cssn.Vol12.Iss2.152>

Vinueza-Veloz, A. F., Tapia-Veloz, E. C, Tapia-Veloz, G., Nicolalde-Cifuentes, T.C., Carpio-Arias, T.V. (2023). *Estado nutricional de los adultos ecuatorianos y su distribución por factores sociodemográficos*. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 28(1), 1-10. <https://doi.org/10.14306/renhyd.28.1.123>

Wansink, B., & Chandon, P. (2014). *Slim by design: Redirecting the accidental drivers of mindless overeating*. *Journal of Consumer Psychology*, 24(3), 413–431. <https://doi.org/10.1016/j.jcps.2014.03.006>

World Health Organization. (2025, March 26). Primary health care [Fact sheet].

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

## 7. ANEXOS

### ANEXO 1

#### CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{E^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}$$

$$n = \frac{4061 \times (1.96)^2 \times 0.5 \times (1 - 0.5)}{(0.05)^2 \times (4061 - 1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times (1 - 0.5)}$$

$$n = \frac{4061 \times 3.8416 \times 0.25}{0.0025 \times 4060 + 3.8416 \times 0.25}$$

$$n = \frac{3900.1844}{10.15 + 0.9604}$$

$$n = \frac{3900.1844}{11.1104}$$

$$n = 351$$

- ❖ Población (N): 4061 personas entre 20 a 49 años.
- ❖ Nivel de confianza (Z): 95% (Z = 1.96).
- ❖ Margen de error (E): 5% (0.05)
- ❖ Proporción esperada (p): 50% (0.5)
- ❖ Tamaño de la muestra  
N = 351

#### Interpretación:

La muestra mínima para representar la población de 4061 personas adultas entre 20 a 49 años en Alluriquín, con un 95% de nivel de confianza y un margen de error del 5% es de aproximadamente 351 individuos.

## ANEXO 2

### FORMATO DE VALIDACIÓN POR EXPERTOS



REPÚBLICA DEL ECUADOR  
UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO  
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

### FORMATO DE VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO

FEBRERO 2026

Señor  
Msc. Kevin Stalin Rocha Vélez  
Presente.-

**Asunto:** Solicitud de Colaboración para la Validación de juicio de experto EN NUTRICIÓN.

Reciba un cordial saludo de parte de Evelyn Fernanda Rosas Muñoz y Flor Rocío Toalongo Montoya.

En nuestro compromiso como MAESTRANTES DE SALUD PÚBLICA DE LA UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO, CON NUESTRO PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, SOBRE EL IMPACTO DE LAS INTERVENCIONES EDUCATIVAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD EN ADULTOS JÓVENES DE ALLURIQUÍN, SANTO DOMINGO para responder eficazmente a las demandas del entorno de salud y a las necesidades de la sociedad.

Para lograr este objetivo, hemos diseñado un instrumento de validación que nos permitirá recopilar información crucial sobre la suficiencia, claridad, pertinencia y coherencia del instrumento."

**Objetivo:** Aplicar un instrumento validado para recopilar información y evaluar la pertinencia, suficiencia y claridad de del Proyecto de investigación impacto de las intervenciones educativas para la prevención de la obesidad en adultos jóvenes de Alluriquín, Santo Domingo.

#### **Instrucciones:**

1. Califique cada enunciado conforme a la siguiente escala indicada, que se detalla en la rúbrica:  
**1= Insuficiente      2= En Desarrollo      3= Satisfactorio      4= Destacado**
2. Utilice el renglón de observación para cualquier comentario relevante.
3. Se agradece la entrega en un plazo de CINCO días.
4. Se anexa Rúbrica elaborada con Escala de (Instrumento de recolección de datos sobre hábitos alimentarios, actividad física, estado nutricional y conocimientos en salud en adultos jóvenes)

## RÚBRICA DE EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN IMPACTO DE LAS INTERVENCIONES EDUCATIVAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD EN ADULTOS JÓVENES DE ALLURIQUÍN, SANTO DOMINGO

### Escala de Evaluación:

- 1. Insuficiente:** El ítem o instrumento no cumple con los criterios de claridad, pertinencia o coherencia. Presenta deficiencias importantes en su redacción, estructura o relación con los objetivos del estudio, lo que impide obtener información válida y requiere reformulación sustancial.
- 2. En Desarrollo:** El ítem o instrumento cumple parcialmente con los criterios establecidos. Presenta algunas limitaciones en redacción, precisión o relación con la variable de estudio, requiriendo ajustes o mejoras para garantizar su adecuada aplicación.
- 3. Satisfactorio:** El ítem o el instrumento cumple adecuadamente con los criterios de claridad, pertinencia y coherencia. Permite obtener información válida y es apropiado para la población objetivo, aunque podría perfeccionarse en aspectos menores.
- 4. Destacado:** El ítem o el instrumento cumple de manera excelente con los criterios de claridad, pertinencia, coherencia y relevancia. Está correctamente formulado, alineado con los objetivos de la investigación y permite recolectar información válida y confiable sin necesidad de modificaciones.

**Evaluación del instrumento de recolección de datos sobre hábitos alimentarios, actividad física, estado nutricional y conocimientos en salud en adultos jóvenes**

| Nro. | Dimensión a Evaluar | Subdimensión          | Pregunta de Evaluación                                                 | Puntaje de la escala |   |   |   |
|------|---------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------|---|---|---|
|      |                     |                       |                                                                        | 1                    | 2 | 3 | 4 |
| 1.   | Claridad            | Redacción             | El ítem está redactado de forma clara y comprensible.                  |                      |   |   | x |
| 2.   |                     | Comprensión           | El ítem es fácil de entender para la población objetivo.               |                      |   |   | X |
| 3.   | Pertinencia         | Relación con objetivo | El ítem es pertinente para evaluar la prevención de la obesidad.       |                      |   |   | X |
| 4.   |                     | Adecuación temática   | El ítem evalúa aspectos relacionados con actividad física o nutrición. |                      |   |   | X |
| 5.   | Coherencia          | Relación con variable | El ítem es coherente con la variable de estudio.                       |                      |   |   | X |
| 6.   |                     | Relación dimensional  | El ítem corresponde a la dimensión que pretende medir.                 |                      |   |   | X |

|     |             |                        |                                                                                                                                                                     |    |  |  |   |
|-----|-------------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--|--|---|
| 7.  | Relevancia  | Importancia científica | El ítem es importante para cumplir los objetivos de la investigación.                                                                                               |    |  |  | X |
| 8.  |             | Utilidad               | El ítem aporta información útil para el estudio.                                                                                                                    |    |  |  | X |
| 9.  | Suficiencia | Cobertura              | Los ítems cubren adecuadamente la dimensión evaluada.                                                                                                               |    |  |  | X |
| 10. |             | Integralidad           | El instrumento es adecuado para recolectar información sobre hábitos alimentarios, actividad física, estado nutricional y conocimientos en salud en adultos jóvenes |    |  |  | X |
|     |             |                        | SUB TOTAL                                                                                                                                                           | 40 |  |  |   |
|     |             |                        | TOTAL                                                                                                                                                               | 40 |  |  |   |

**Observaciones del experto:**

| VALIDEZ                                                                             |   |                               |  |                              |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------------|--|------------------------------|--|
| APLICABLE                                                                           | X | APLICABLE DESPUÉS DE CORREGIR |  | NO APLICABLE                 |  |
| Validado por:<br>Lcdo. Kevin Rocha Vélez. Msc.                                      |   |                               |  | Fecha: 28/02/2026            |  |
| Firma                                                                               |   |                               |  | Correo: krochav@unemi.edu.ec |  |
|  |   |                               |  |                              |  |

**Propuesta de Rangos de Aprobación/Desaprobación del Instrumento**

Puntaje máximo posible: 40 puntos

Puntaje mínimo posible: 10 puntos

**Rango de aprobación**

Puntaje requerido: 28 a 40 puntos

Promedio equivalente: 2.8 a 4.0 por ítem

**Interpretación:**

Este rango indica que el evaluado ha alcanzado un nivel mínimo de desempeño satisfactorio en las competencias evaluadas. Un promedio igual o superior a 2.8 refleja que predomina el nivel “Satisfactorio”, considerado como el estándar mínimo aceptable en instrumentos de evaluación basados en escalas tipo Likert.

Este criterio es consistente con los principios de evaluación criterial utilizados en instrumentos de medición en ciencias de la salud y educación superior, donde valores superiores al punto medio de la escala indican cumplimiento adecuado del constructo evaluado (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018; Muñiz, 2018).

#### **Rango de desaprobación**

Puntaje requerido: 10 a 27 puntos

Promedio equivalente: 1.0 a 2.7 por ítem

#### **Interpretación:**

Este rango indica que el evaluado no ha alcanzado el nivel mínimo esperado. Un promedio inferior a 2.8 refleja predominio de niveles “Insuficiente” o “En desarrollo”, lo cual evidencia limitaciones en las competencias evaluadas y la necesidad de fortalecimiento.

#### **Punto de corte**

Se establece como punto de corte el puntaje de 28 puntos, equivalente a un promedio de 2.8 por ítem, el cual representa el nivel mínimo aceptable de desempeño.

Este procedimiento se fundamenta en el método de establecimiento de estándares basado en criterio, ampliamente utilizado en la validación de instrumentos educativos y de salud (Angoff, 1971).



**REPÚBLICA DEL ECUADOR  
UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO  
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**

**FORMATO DE VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO**

**FEBRERO 2026**

**Señor  
Msc. Maria Jose Caizabanda Guano  
Presente.-**

**Asunto:** Solicitud de Colaboración para la Validación de juicio de experto EN SALUD PÚBLICA

Reciba un cordial saludo de parte de Evelyn Fernanda Rosas Muñoz y Flor Rocío Toalongo Montoya.

En nuestro compromiso como MAESTRANTES DE SALUD PÚBLICA DE LA UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO, CON NUESTRO PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, SOBRE EL IMPACTO DE LAS INTERVENCIONES EDUCATIVAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD EN ADULTOS JÓVENES DE ALLURIQUÍN, SANTO DOMINGO para responder eficazmente a las demandas del entorno de salud y a las necesidades de la sociedad.

Para lograr este objetivo, hemos diseñado un instrumento de validación que nos permitirá recopilar información crucial sobre la suficiencia, claridad, pertinencia y coherencia del instrumento."

**Objetivo:** Aplicar un instrumento validado para recopilar información y evaluar la pertinencia, suficiencia y claridad de del Proyecto de investigación impacto de las intervenciones educativas para la prevención de la obesidad en adultos jóvenes de Alluriquín, Santo Domingo.

**Instrucciones:**

1. Califique cada enunciado conforme a la siguiente escala indicada, que se detalla en la rúbrica:  
**1= Insuficiente      2= En Desarrollo      3= Satisfactorio      4= Destacado**
2. Utilice el renglón de observación para cualquier comentario relevante.
3. Se agradece la entrega en un plazo de CINCO días.
4. Se anexa Rúbrica elaborada con Escala de (Instrumento de recolección de datos sobre hábitos alimentarios, actividad física, estado nutricional y conocimientos en salud en adultos jóvenes)

## RÚBRICA DE EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN IMPACTO DE LAS INTERVENCIONES EDUCATIVAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD EN ADULTOS JÓVENES DE ALLURIQUÍN, SANTO DOMINGO

### Escala de Evaluación:

1. **Insuficiente:** El ítem o instrumento no cumple con los criterios de claridad, pertinencia o coherencia. Presenta deficiencias importantes en su redacción, estructura o relación con los objetivos del estudio, lo que impide obtener información válida y requiere reformulación sustancial.
2. **En Desarrollo:** El ítem o instrumento cumple parcialmente con los criterios establecidos. Presenta algunas limitaciones en redacción, precisión o relación con la variable de estudio, requiriendo ajustes o mejoras para garantizar su adecuada aplicación.
3. **Satisfactorio:** El ítem o el instrumento cumple adecuadamente con los criterios de claridad, pertinencia y coherencia. Permite obtener información válida y es apropiado para la población objetivo, aunque podría perfeccionarse en aspectos menores.
4. **Destacado:** El ítem o el instrumento cumple de manera excelente con los criterios de claridad, pertinencia, coherencia y relevancia. Está correctamente formulado, alineado con los objetivos de la investigación y permite recolectar información válida y confiable sin necesidad de modificaciones.

### Evaluación del instrumento de recolección de datos sobre hábitos alimentarios, actividad física, estado nutricional y conocimientos en salud en adultos jóvenes

| Nro. | Dimensión a Evaluar | Subdimensión          | Pregunta de Evaluación                                                 | Puntaje de la escala |   |   |   |
|------|---------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------|---|---|---|
|      |                     |                       |                                                                        | 1                    | 2 | 3 | 4 |
| 1.   | Claridad            | Redacción             | El ítem está redactado de forma clara y comprensible.                  |                      |   | X |   |
| 2.   |                     | Comprensión           | El ítem es fácil de entender para la población objetivo.               |                      |   | X |   |
| 3.   | Pertinencia         | Relación con objetivo | El ítem es pertinente para evaluar la prevención de la obesidad.       |                      |   |   | X |
| 4.   |                     | Adecuación temática   | El ítem evalúa aspectos relacionados con actividad física o nutrición. |                      |   |   | X |
| 5.   | Coherencia          | Relación con variable | El ítem es coherente con la variable de estudio.                       |                      |   |   | X |
| 6.   |                     | Relación dimensional  | El ítem corresponde a la dimensión que pretende medir.                 |                      |   |   | X |

|     |             |                        |                                                                                                                                                                     |           |  |   |    |    |
|-----|-------------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--|---|----|----|
| 7.  | Relevancia  | Importancia científica | El ítem es importante para cumplir los objetivos de la investigación.                                                                                               |           |  |   | X  |    |
| 8.  |             | Utilidad               | El ítem aporta información útil para el estudio.                                                                                                                    |           |  |   | X  |    |
| 9.  | Suficiencia | Cobertura              | Los ítems cubren adecuadamente la dimensión evaluada.                                                                                                               |           |  | X |    |    |
| 10. |             | Integralidad           | El instrumento es adecuado para recolectar información sobre hábitos alimentarios, actividad física, estado nutricional y conocimientos en salud en adultos jóvenes |           |  | x |    |    |
|     |             |                        |                                                                                                                                                                     | SUB TOTAL |  |   | 12 | 24 |
|     |             |                        |                                                                                                                                                                     | TOTAL     |  |   |    | 36 |

**Observaciones del experto:**

1. Eliminar la solicitud de número de cédula para mantener coherencia con el anonimato.
2. Precisar mejor las preguntas de actividad física (formato tipo IPAQ).
3. Estandarizar unidades en peso y talla (solo kg y cm).
4. Especificar alternativas de respuesta en el bloque de conocimientos para facilitar la calificación

| VALIDEZ                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                               |   |                                                                               |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------|--|
| APLICABLE                                                                                                                                                                                                                                                      |  | APLICABLE DESPUÉS DE CORREGIR | X | NO APLICABLE                                                                  |  |
| Validado por:<br><b>MSc. María José Caizabanda Guano</b>                                                                                                                                                                                                       |  |                               |   | Fecha:<br><b>2 de marzo del 2026</b>                                          |  |
| Firma<br><br> <small>           María José Caizabanda Guano<br/>           MSc. en Nutrición y Dietética<br/>           Universidad Nacional de San Marcos         </small> |  |                               |   | Correo:<br><a href="mailto:majito.gorda@gmail.com">majito.gorda@gmail.com</a> |  |

**Propuesta de Rangos de Aprobación/Desaprobación del Instrumento**

Puntaje máximo posible: 40 puntos

Puntaje mínimo posible: 10 puntos

**Rango de aprobación**

Puntaje requerido: 28 a 40 puntos

Promedio equivalente: 2.8 a 4.0 por ítem

**Interpretación:**

Este rango indica que el evaluado ha alcanzado un nivel mínimo de desempeño satisfactorio en las competencias evaluadas. Un promedio igual o superior a 2.8 refleja que predomina el nivel “Satisfactorio”, considerado como el estándar mínimo aceptable en instrumentos de evaluación basados en escalas tipo Likert.

Este criterio es consistente con los principios de evaluación criterial utilizados en instrumentos de medición en ciencias de la salud y educación superior, donde valores superiores al punto medio de la escala indican cumplimiento adecuado del constructo evaluado (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018; Muñiz, 2018).

**Rango de desaprobación**

Puntaje requerido: 10 a 27 puntos

Promedio equivalente: 1.0 a 2.7 por ítem

**Interpretación:**

Este rango indica que el evaluado no ha alcanzado el nivel mínimo esperado. Un promedio inferior a 2.8 refleja predominio de niveles “Insuficiente” o “En desarrollo”, lo cual evidencia limitaciones en las competencias evaluadas y la necesidad de fortalecimiento.

**Punto de corte**

Se establece como punto de corte el puntaje de 28 puntos, equivalente a un promedio de 2.8 por ítem, el cual representa el nivel mínimo aceptable de desempeño.

Este procedimiento se fundamenta en el método de establecimiento de estándares basado en criterio, ampliamente utilizado en la validación de instrumentos educativos y de salud (Angoff, 1971).

## AÑEXO 3

### CUESTIONARIO

**Instrumento de recolección de datos sobre hábitos alimentarios, actividad**

**física, estado nutricional y conocimientos en salud en adultos jóvenes.**

**Estimado/a participante, este formulario forma parte de una investigación académica de maestría. Su participación es voluntaria y confidencial.**

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. Usted está siendo invitado/a a participar en el estudio “Impacto de las intervenciones educativas para la prevención de la obesidad en adultos jóvenes de Alluriquín, Santo Domingo”.  
Su participación es completamente voluntaria. Puede retirarse en cualquier momento sin consecuencias. Los datos serán utilizados únicamente con fines académicos.  
Este estudio no presenta riesgos para su salud, y los beneficios incluyen recibir información útil para mejorar sus hábitos de vida. Al continuar, usted declara que ha leído y comprendido la información proporcionada y acepta participar.

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Sí, he leído y acepto participar voluntariamente.
- ☐ No acepto participar.

## A. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

### 2. CEDULA DE CIUDADANIA

### 3. SEXO

| Masculino | Femenino | Prefiere No Decirlo |
|-----------|----------|---------------------|
| 1         | 2        | 3                   |

Marca solo un óvalo.

☐ 1

☐ 2

☐ 3

### 4. EDAD

| 20 -29 años | 30 -39 años | 40 -49 años |
|-------------|-------------|-------------|
| 1           | 2           | 3           |

Marca solo un óvalo.

☐ 1

☐ 2

☐ 3

### 5. NIVEL EDUCATIVO

| Primaria | Secundaria | Superior | Otro |
|----------|------------|----------|------|
| 1        | 2          | 3        | 4    |

Marca solo un óvalo.

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

### 6. ESTADO CIVIL

| Soltero/a | Casado/a | Union Libre | Divorciado/a | Viudo/a |
|-----------|----------|-------------|--------------|---------|
| 1         | 2        | 3           | 4            | 5       |

Marca solo un óvalo.

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

## 7. OCUPACIÓN

| Estudiante | Ama de casa | Empleado | Indipendiente | Desempleado | Otro |
|------------|-------------|----------|---------------|-------------|------|
| 1          | 2           | 3        | 4             | 5           | 6    |

Marca solo un óvalo.

- ☐ 1  
☐ 2  
☐ 3  
☐ 4  
☐ 5  
☐ 6

## B. HÁBITOS ALIMENTARIOS (Cuestionario de Frecuencia Alimentaria)

### 8. Indique la frecuencia con la que consume: FRUTAS

| Nunca | 1<br>vez/semana | 2-4<br>veces/semana | 5-6<br>veces/semana | Diario |
|-------|-----------------|---------------------|---------------------|--------|
| 1     | 2               | 3                   | 4                   | 5      |

Marca solo un óvalo.

- ☐ 1  
☐ 2  
☐ 3  
☐ 4  
☐ 5

### 9. Indique la frecuencia con la que consume: VERDURAS (Zanahoria, Lechuga, Tomate, Brócoli, Cebolla, Papa, Espinaca, Pimiento, Calabacín, Zapallo y Pepino)

| Nunca | 1<br>vez/semana | 2-4<br>veces/semana | 5-6<br>veces/semana | Diario |
|-------|-----------------|---------------------|---------------------|--------|
| 1     | 2               | 3                   | 4                   | 5      |

Marca solo un óvalo.

- ☐ 1  
☐ 2  
☐ 3  
☐ 4  
☐ 5

### 10. Indique la frecuencia con la que consume: LEGUMBRES (Frijoles, Lentejas, Garbanzos, Habas, Arvejas, Soja, Maní, Alfalfa)

| Nunca | 1<br>vez/semana | 2-4<br>veces/semana | 5-6<br>veces/semana | Diario |
|-------|-----------------|---------------------|---------------------|--------|
| 1     | 2               | 3                   | 4                   | 5      |

Marca solo un óvalo.

- ☐ 1  
☐ 2  
☐ 3  
☐ 4  
☐ 5

11. Indique la frecuencia con la que consume: **CARNE ROJA**

| Nunca | 1<br>vez/semana | 2-4<br>veces/semana | 5-6<br>veces/semana | Diario |
|-------|-----------------|---------------------|---------------------|--------|
| 1     | 2               | 3                   | 4                   | 5      |

Marca solo un óvalo.

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

12. Indique la frecuencia con la que consume: **POLLO**

| Nunca | 1<br>vez/semana | 2-4<br>veces/semana | 5-6<br>veces/semana | Diario |
|-------|-----------------|---------------------|---------------------|--------|
| 1     | 2               | 3                   | 4                   | 5      |

Marca solo un óvalo.

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

13. Indique la frecuencia con la que consume: **PESCADO**

| Nunca | 1<br>vez/semana | 2-4<br>veces/semana | 5-6<br>veces/semana | Diario |
|-------|-----------------|---------------------|---------------------|--------|
| 1     | 2               | 3                   | 4                   | 5      |

Marca solo un óvalo.

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

14. Indique la frecuencia con la que consume: **MARISCOS** (Camarón, pulpo, conchas)

| Nunca | 1<br>vez/semana | 2-4<br>veces/semana | 5-6<br>veces/semana | Diario |
|-------|-----------------|---------------------|---------------------|--------|
| 1     | 2               | 3                   | 4                   | 5      |

Marca solo un óvalo.

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

15. Indique la frecuencia con la que consume: **COMIDA RAPIDA** (Hamburguesas, hot dogs, pizzas, papas fritas, pollo frito, alitas)

| Nunca | 1<br>vez/semana | 2-4<br>veces/semana | 5-6<br>veces/semana | Diario |
|-------|-----------------|---------------------|---------------------|--------|
| 1     | 2               | 3                   | 4                   | 5      |

Marca solo un óvalo.

- ☐ 1  
☐ 2  
☐ 3  
☐ 4  
☐ 5

16. Indique la frecuencia con la que consume: **BEBIDAS AZUCARADAS** (Ejemplo: Gaseosas, energizantes, hidratantes, jugos de sobre, yogures azucarados, leches saborizadas)

| Nunca | 1<br>vez/semana | 2-4<br>veces/semana | 5-6<br>veces/semana | Diario |
|-------|-----------------|---------------------|---------------------|--------|
| 1     | 2               | 3                   | 4                   | 5      |

Marca solo un óvalo.

- ☐ 1  
☐ 2  
☐ 3  
☐ 4  
☐ 5

17. Indique la frecuencia con la que consume: **PRODUCTOS ULTRAPROCESADOS** (Embutidos, Sopas instantáneas, productos enlatados, snacks)

| Nunca | 1<br>vez/semana | 2-4<br>veces/semana | 5-6<br>veces/semana | Diario |
|-------|-----------------|---------------------|---------------------|--------|
| 1     | 2               | 3                   | 4                   | 5      |

Marca solo un óvalo.

- ☐ 1  
☐ 2  
☐ 3  
☐ 4  
☐ 5

18. Indique la frecuencia con la que consume: **DULCES CASEROS O ARTESANALES** (membrillo, melcocha, maní dulce, cocadas, dulces de frutas, manjar)

| Nunca | 1<br>vez/semana | 2-4<br>veces/semana | 5-6<br>veces/semana | Diario |
|-------|-----------------|---------------------|---------------------|--------|
| 1     | 2               | 3                   | 4                   | 5      |

Marca solo un óvalo.

- ☐ 1  
☐ 2  
☐ 3  
☐ 4  
☐ 5

19. Indique la frecuencia con la que consume: **DULCES INDUSTRIALES** (Caramelos, tortas, cakes, galletas de dulce, chocolates, chicles)

| Nunca | 1<br>vez/semana | 2-4<br>veces/semana | 5-6<br>veces/semana | Diario |
|-------|-----------------|---------------------|---------------------|--------|
| 1     | 2               | 3                   | 4                   | 5      |

Marca solo un óvalo.

- ☐ 1  
☐ 2  
☐ 3  
☐ 4  
☐ 5

### C. Hábitos de Riesgo

20. Cuantas veces a la semana consume de alcohol:

| Nunca | 1<br>vez/semana | 2-4<br>veces/semana | 5-6<br>veces/semana | Diario |
|-------|-----------------|---------------------|---------------------|--------|
| 1     | 2               | 3                   | 4                   | 5      |

Marca solo un óvalo.

- ☐ 1  
☐ 2  
☐ 3  
☐ 4  
☐ 5

21. Cuantas veces al día consume tabaco:

| Nunca | Ocasional | 1-5 cigarrillos/<br>día | 6-10<br>cigarrillos/día | Mas de 10<br>cigarrillos/día |
|-------|-----------|-------------------------|-------------------------|------------------------------|
| 1     | 2         | 3                       | 4                       | 5                            |

Marca solo un óvalo.

- ☐ 1  
☐ 2  
☐ 3  
☐ 4  
☐ 5

### D. Actividad Física

22. En los últimos 7 días, ¿realizó actividades físicas que requirieran esfuerzo intenso, como correr, ejercicios fuertes o deportes?

| Nunca | 1-2 días | 3-4 días | 5-6 días | Todos los días |
|-------|----------|----------|----------|----------------|
| 1     | 2        | 3        | 4        | 5              |

Marca solo un óvalo.

- ☐ 1  
☐ 2  
☐ 3  
☐ 4  
☐ 5

23. En esos días que realizó actividad física intensa, ¿Cuántos minutos en promedio duró cada

| 10 minutos | 10–30 minutos | 30–90 minutos | Más de 90 minutos |
|------------|---------------|---------------|-------------------|
| 1          | 2             | 3             | 4                 |

sesión?

Marca solo un óvalo.

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4

24. En los últimos 7 días, ¿realizó actividades físicas de intensidad moderada, como caminar rápido, bailar, andar en bicicleta o realizar tareas domésticas pesadas?

| Nunca | 1-2 días | 3-4 días | 5-6 días | Todos los días |
|-------|----------|----------|----------|----------------|
| 1     | 2        | 3        | 4        | 5              |

Marca solo un óvalo.

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

25. En esos días que realizó actividad física moderada, ¿Cuántos minutos en promedio duró

| 10 minutos | 10–30 minutos | 30–90 minutos | Más de 90 minutos |
|------------|---------------|---------------|-------------------|
| 1          | 2             | 3             | 4                 |

cada sesión?

Marca solo un óvalo.

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4

26. En los últimos 7 días, ¿cuántos días caminó durante al menos 10 minutos continuos?

| Ningún día | 1-2 días | 3-4 días | 5-6 días | Todos los días |
|------------|----------|----------|----------|----------------|
| 1          | 2        | 3        | 4        | 5              |

Marca solo un óvalo.

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

27. En un día habitual, ¿cuántas horas permanece sentado o en reposo (trabajo, estudio, televisión, celular, transporte)?

| Menos de 2 horas | 2 a 4 horas | 5 a 7 horas | Mas de 8 horas |
|------------------|-------------|-------------|----------------|
| 1                | 2           | 3           | 4              |

Marca solo un óvalo.

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4

#### E. ESTADO NUTRICIONAL

28. ¿Usted ha bajado de peso en el último año?

| Si | No |
|----|----|
| 1  | 2  |

Marca solo un óvalo.

- ☐ 1
- ☐ 2

29. ¿Usted ha adoptado hábitos saludables como hacer ejercicio o dieta?

| Si | No |
|----|----|
| 1  | 2  |

Marca solo un óvalo.

- ☐ 1
- ☐ 2

30. ¿Usted ha acudido a consulta con un nutricionista en el último año?

| Si | No |
|----|----|
| 1  | 2  |

Marca solo un óvalo.

- ☐ 1
- ☐ 2

#### E. ESTADO NUTRICIONAL

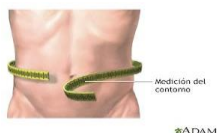
31. Escriba aquí su peso en kilogramos ( 80 kg)

---

32. Escriba aquí su talla en centímetros (150 cm)

---

33. Escriba aquí su circunferencia abdominal en centímetros




---

## CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS

34. ¿Cuántas porciones de frutas y verduras se recomienda consumir al día?

|           |             |             |                    |
|-----------|-------------|-------------|--------------------|
| 1 porción | 2 porciones | 3 porciones | Mas de 4 porciones |
| 1         | 2           | 3           | 4                  |

Marca solo un óvalo.

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

35. El Índice de Masa Corporal (IMC) sirve para:

|               |                               |                        |         |
|---------------|-------------------------------|------------------------|---------|
| Medir glucosa | Evaluar el estado nutricional | Medir presión arterial | Ninguna |
| 1             | 2                             | 3                      | 4       |

Marca solo un óvalo.

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

36. Los alimentos ultraprocesados aumentan el riesgo de:

|              |                                  |          |         |
|--------------|----------------------------------|----------|---------|
| Desnutrición | Obesidad y enfermedades crónicas | Alergias | Ninguna |
| 1            | 2                                | 3        | 4       |

Marca solo un óvalo.

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

37. La Actividad física ayuda a:

|                 |                   |                     |         |
|-----------------|-------------------|---------------------|---------|
| Aumentar estrés | Controlar el peso | Disminuir masa ósea | Ninguna |
| 1               | 2                 | 3                   | 4       |

Marca solo un óvalo.

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

38. Las bebidas azucaradas se asocian con:

|               |                 |                   |         |
|---------------|-----------------|-------------------|---------|
| Mayor energía | Aumento de peso | Mejor metabolismo | Ninguna |
| 1             | 2               | 3                 | 4       |

Marca solo un óvalo.

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4

39. Una circunferencia abdominal elevada indica mayor riesgo de:

| Hipotensión | Riesgo cardiovascular | Aumento de masa muscular | Ninguna |
|-------------|-----------------------|--------------------------|---------|
| 1           | 2                     | 3                        | 4       |

Marca solo un óvalo.

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4

40. Una alimentación saludable debe caracterizarse por:

| Solo proteínas | Solo frutas | Variedad equilibrada | Solo carbohidratos |
|----------------|-------------|----------------------|--------------------|
| 1              | 2           | 3                    | 4                  |

Marca solo un óvalo.

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4

41. Para reducir el consumo de grasa se recomienda:

| Más frituras | Carnes magras | Usar manteca | Ninguna |
|--------------|---------------|--------------|---------|
| 1            | 2             | 3            | 4       |

42. Marca solo un óvalo.

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4

43. Los carbohidratos simples (frutas, lácteos, miel) con que frecuencia deben consumirse:

| Frecuentemente | Ocasionalmente | A diario | En grandes cantidades |
|----------------|----------------|----------|-----------------------|
| 1              | 2              | 3        | 4                     |

Marca solo un óvalo.

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4

**GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN**